

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE ACTOS QUE PUDIEREN SIGNIFICAR UNA REDUCCIÓN INJUSTIFICADA DE INSCRIPCIONES DE DEFUNCIONES RESPECTO DE LAS DEFUNCIONES EFECTIVAS, A CAUSA DE LA ENFERMEDAD COVID-19. PERÍODO LEGISLATIVO 2018 – 2022**

---

**HONORABLE CÁMARA:**

La Comisión emite su informe según la competencia que le fuera asignada por acuerdo de la Cámara de Diputados, y plantea las conclusiones y recomendaciones que al final se indican.

De conformidad con lo prescrito en el artículo 318 del Reglamento de la Corporación, corresponde consignar lo siguiente:

**I.- COMPETENCIA.**

Mediante oficio N° 15.605, de 9 de junio pasado, el señor Secretario General de la Cámara de Diputados, don Miguel Landeros Perkić, comunica que la Cámara de Diputados, en sesión de esa fecha y en virtud de lo dispuesto en los artículos 52, n° 1, letra c), de la Constitución Política de la República de Chile; 53 de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, ha prestado su aprobación a la solicitud de 64 diputados y diputadas para crear una Comisión Especial Investigadora de los actos ejecutados y medidas adoptadas por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Servicio Médico Legal, el Servicio de Registro Civil y cualquier otro organismo competente, que pudieren haber significado una falta o reducción injustificada de registros o inscripciones, respecto de las defunciones efectivas a causa de la enfermedad covid-19, y que se hubieren empleado en el proceso de confección de las estadísticas oficiales, arrojando eventualmente diferencias entre éstas y las cifras reales. Para el cumplimiento del propósito la referida comisión especial deberá rendir su informe en un plazo no superior a 60 días y para el desempeño del mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional (cei 50).

La comisión especial investigadora deberá rendir su informe en un plazo no superior a sesenta días, y para el desempeño de su mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

**II.- RELACIÓN DEL TRABAJO EFECTUADO.**

La Comisión se integró con las siguientes señoras diputadas y señores diputados:

- Nino Baltolu Rasera
- Miguel Crispi Serrano
- Gustavo Sanhueza Dueñas
- Leonidas Romero Sáez
- Karin Luck Urban



Firmado electrónicamente

<https://extranet.camara.cl/verificardoc>

Código de verificación: 9A74C9CC3A8EBA49

- Cosme Mellado Pino
- Fernando Meza Moncada
- Gastón Saavedra Chandia
- Maya Fernández Allende
- Marisela Santibáñez Novoa
- Alejandra Sepúlveda Orbenes
- Francisco Eguiguren Correa
- Juan Fuenzalida Cobo

La Secretaría de la Comisión estuvo integrada por el Abogado Secretario de Comisiones, don Roberto Fuentes Innocenti; el Abogado Ayudante de Comisiones don Hugo Balladares Gajardo, y la Secretaria Ejecutiva doña Mabel Mesías Chacano.

Cabe precisar que la Comisión celebró un total de 9 sesiones.

Oficios despachados y respuestas recibidas:

Total Oficios: 3

Total Oficios con Respuesta: 1

- Oct. 2020 3/2020, Subsecretaría de Salud Pública, se sirva remitir el oficio ordinario B1, N° 3.220, de fecha 7 de agosto pasado; e indique el registro que lleva hasta el momento el Gabinete de esa Secretaría de Estado, tanto en lo dice relación con personas contagiadas por covid-19, como a personas fallecidas. **Sin Respuesta.**

- Sep. 0008 2/2020, Contraloría General de la República, con el propósito que se sirva remitir el oficio final N°283-B, de fecha 21 de agosto de 2020, sobre nuevos resultados de la auditoria al proceso de elaboración de registros y estadísticas epidemiológicas a nivel nacional derivadas del covid-19, en la Subsecretaría de Salud Pública, ya que los resultados de éste constituyen un aporte relevante en el trabajo investigativo que desarrolla esta Comisión Especial Investigadora. **Sin Respuesta.**

- Ago. 2020 1/2020, OMS, con el propósito que informe sobre la apreciación que la organización que US., preside tiene, respecto del manejo que ha realizado nuestro país para hacer frente a la pandemia del Covid-19, en especial, aplicación de protocolos, tratamientos y procesos estadísticos entre otros. **Respuesta recibida el 07/09/2020.**

## **1. Personas recibidas**

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

expresa que la Comisión tiene por objeto demostrar si hubo una disminución injustificada en el número de casos que han sufrido defunción por coronavirus.

Cuando partió la pandemia, dice, originalmente la estadística recayó en el gabinete del Ministro, que durante un tiempo transmitió las cifras diariamente, como es de conocimiento de todos. Después se hizo un cambio respecto de la metodología, porque la estadística originalmente consideraba el certificado de defunción, que dijera coronavirus, más un resultado positivo de PCR.

Luego se agregó a esa estadística el certificado de defunción que tuviera en sus letras: neumonía, neumonía viral, neumonía grave, bronconeumonía, en fin, más el PCR positivo.

Agrega que el tercer cambio fue -los últimos dos lo hicieron durante los últimos meses bajo su dirección-, los casos posibles o probables.

Sostiene que en eso hay discusiones desde el punto de vista semántico, y esos casos posibles o probables son los que se suman cuando sale el informe epidemiológico, que tiene en su poder. Acota que se puede acceder al informe epidemiológico, porque es libre; incluso, está en la página *web* del ministerio, tiene más de cien páginas, donde se agregan aquellos casos que no están confirmados totalmente, o sea, con PCR. Sin embargo, hay casos que pueden entrar y salir a medida que van apareciendo los exámenes, y obviamente esa suma es mayor, porque alcanza los 19.900 y tantos casos actualmente.

El informe que dan a conocer diariamente es del DEIS, enfatiza, y el de hoy alcanzó los 10.000 y tantos casos. Afortunadamente, en los últimos días, ha habido poco aumento, pero como se sabe superamos los 10.000 casos de fallecidos.

Explica que la Organización Mundial de la Salud -que hemos cumplido plenamente en los últimos meses, en las últimas semanas- pone códigos diferentes para aquellos pacientes que tienen neumonía sin apellido más PCR o coronavirus específicamente con PCR positivo, y en un grupo aparte, pone

a los posibles o probables. Eso es lo que costó recopilar, pero ahora lo están haciendo permanentemente.

Informa que no solo se está llevando en forma diaria el número de fallecidos por coronavirus sino que, además, -y se han puesto al día- todas las causas de muerte. Argentina dijo que recién un año más va a informar las causas de muerte totales por coronavirus, porque no tiene la capacidad de hacerlo. Perú dijo, hace pocos días, que los muertos son 43.000 por coronavirus, pero ellos no tienen la certeza porque no tienen un conteo exacto.

Sostiene que en un estudio que publicó una revista de economía, que a algunos puede no parecerles una fuente fidedigna, *The Economist*, clasificó a Chile entre el quinto mejor país del mundo que lleva estadísticas. Y que se le ha dado una importancia fundamental al trabajo estadístico del Ministerio de Salud. Y que lo van a seguir apoyando y potenciando porque es la fuente oficial de las estadísticas en salud de Chile.

Por otra parte, dice, el Registro Civil lo que hace es registrar, como lo dice su nombre. Emitir el certificado de defunción es registrar, es decir, el médico es quien hace el certificado de defunción, pero el Registro Civil da el certificado para que la familia pueda hacer los trámites. Lo que hace este servicio es solamente informar, y esa información se traspasa al DEIS. Y debería haber sido siempre así.

\*\*\*\*\*

**El señor Carlos Sanz, jefe del Departamento de Estadística y de Información de Salud (DEIS).**

Explica la forma en que se opera respecto de la generación de estadísticas de hechos vitales que consideran nacimientos y defunciones. Esto se enmarca en un proceso continuo, obligatorio y centralizado y reúne a tres instituciones que son el Ministerio de Salud, el Registro Civil y el INE, en los cuales se va consolidando y concentrando los esfuerzos para generar las estadísticas vitales. Cada uno tiene un rol definido en este convenio tripartito que lleva muchos años en operación y en el cual todos tienen un rol.

En el caso del Registro Civil, es recibir y realizar la inscripción del certificado médico de defunción. El DEIS tiene el rol principal de codificar las defunciones determinando su causa básica, y con el INE se tiene un trabajo colaborativo en el cual se van incorporando variables socio-demográficas que finalmente son las que ellos publican como cifras oficiales. Estas cifras

oficiales son las que se publican tanto dentro del país como en organismos internacionales.

Las estadísticas vitales normalmente no se publican hasta que no se hayan cerrado una serie de procesos de revisión y validación. Producto de esta pandemia, se está informando cifras que normalmente algunos no lo hacen.

Reconoce que antes de la pandemia el departamento puede haber sido desconocido para la gran mayoría de la población, sin embargo, hoy tienen un rol fundamental, pero no ha cambiando mucho respecto de lo que se ha venido realizando.

Los años 2018 y 2019 están en un proceso de validación y eso es absolutamente normal. El *gold standart* o el objetivo de muchos de los países es lograr publicar las estadísticas de hechos vitales, ojalá dos años después de haberse cerrado el año estadístico. Hoy se está haciendo un esfuerzo enorme de publicar en forma diaria las defunciones del país.

Explica que básicamente es el médico quien hoy extiende el certificado médico de defunción, él completa y prácticamente hace todo un relato respecto de cuál eran las enfermedades que acompañan a la persona y qué fue lo que desencadenó el fallecimiento. El Registro Civil hace la inscripción de este certificado que es un papel que se llena de puño y letra, él lo ingresa en su sistema, se consolida la información, y es lo que les llega en forma diaria centralizada al departamento, que es donde se estandarizan los términos clínicos. Después pasan por un proceso de codificación, que está a cargo de un equipo técnico con mucha experiencia, con reconocimiento internacional, en el cual se van determinando las causas a través de CIE-10, que es un proceso de codificación internacional. Finalmente, se termina con el INE, donde se entrega toda esta información y se genera la estadística vital con su publicación oficial.

Entonces el proceso comienza con la descripción del certificado médico de defunción. Esto se guarda en las bases de datos del Registro Civil. Ellos informan el certificado en forma electrónica y vamos haciendo una serie de procesos de validación. Por ejemplo, cuando se certifica una causa externa normalmente el médico no tiene el detalle de lo que produjo esa defunción, pero seguramente tiene todos los traumatismos que desencadenaron la muerte. En el trabajo colabora Carabineros. Ellos informan con cierta periodicidad de todos los accidentes y cruzan la información y determinan si esas causas de muerte fueron producto de atropellos, accidentes vehiculares o de otro tipo, y así se va mejorando la especificidad en la generación de las estadísticas vitales.

Agrega que el año pasado como Ministerio empezaron una campaña asociada al uso de los cinturones de seguridad en los menores de edad, y eso se hace justamente con este trabajo, con el cual lograron mejorar la especificidad por la información que puede aportar Carabineros.

En el caso de la pandemia, a principios de año determinaron cuáles iban a ser las fuentes de información para ir mejorando la especificidad y justamente ir determinando las causas de muertes que podrían estar asociadas a esta pandemia.

Es así como definieron un sistema de notificación obligatoria denominado Epivigila, y después lo fueron complementando con información de los laboratorios. Después hay un proceso de validación de estos datos, en el cual se incorpora el INE, hasta llegar al proceso final, que es la publicación. Este es un proceso que hasta el año pasado tenía una duración de cerca de dos años. Con un proceso de transformación digital se ha ido acortando todos estos procesos y se ha logrado las condiciones que hoy permiten informar las defunciones en forma diaria.

Indica que se introdujeron mejoras en el proceso de carga de las defunciones, es decir, de cómo se toma la información. Antes la información llegaba en forma semanal; hoy llega en forma diaria y se hace el cruce en el mismo día. Se codifica primeramente el certificado médico de defunción y después pasa por un proceso de validación con fuentes externas, en forma diaria y continua. O sea, se procesa hoy todas las defunciones del país. Se ha mantenido una comunicación constante con todas las recomendaciones de la OMS.

Los códigos que hoy se utilizan para ir codificando las defunciones fueron informados por la organización e implementados en el proceso en forma temprana. No solo se incorporó fuentes externa, sino que también se ha iniciado un reforzamiento en el correcto llenado del certificado médico de defunciones.

Comenta que de esa manera se actualiza la página e incorpora el material que de alguna forma va entregando indicaciones a los médicos al momento de llenar este certificado, para que luego puedan identificar correctamente las defunciones, en este caso, que estén asociadas a covid-19.

En término de la tecnología, se habilita, primeramente en forma interna y después hacia la comunidad, toda la información que se ha logrado recopilar y mostrarla en *dashboard* que sean interactivos y que permitan a la población, en forma muy simple, ir explorando cómo se han comportado las

defunciones en el país, no solo durante este año, sino también en los últimos cinco años, o en el caso del dato abierto, que es información para el área investigadora, en los últimos diez años de defunciones.

Prosigue señalando que cuando llegan los certificados médicos de defunción sin codificación, los que caen en esta instancia son los que terminan quedando codificados con la información del certificado médico como enfermedad respiratoria, producto del deceso. Las defunciones que inicialmente comenzaron en respiratoria, pero dada la información que pudo haber aportado el laboratorio o el sistema que Epivigila, finalizan codificándola en una causa de fallecimiento distinta, que en este caso se concentran en los covid-19 confirmados o en los sospechosos.

Se examinan defunciones que no mencionan enfermedades respiratorias ni covid, lo que después lo denominamos como la pesquisa-, en todos estos certificados médicos en ninguna parte venía la palabra "covid", y al momento en que se complementa con alguna información del sistema de apoyo, sobre la base de la información disponible, se puede dar certeza o codificar en esa instancia un caso sospechoso como confirmado.

En la página *web*, que es pública, tienen publicado un *dashboard*, en el cual se pueden apreciar las defunciones de los últimos 5 años, lo que permite comparar y entender el comportamiento de esta pandemia. Esa información está por día y se puede ir filtrando por mes, por región; se puede ir filtrando por las causas básicas de defunción. Ahí se hizo incluso la apertura por la especificidad del covid-19, como sospechoso y como confirmado; tienen apertura por distintos grupos y la distribución, tanto por sexo como por rango etario. Incluso incorporaron mapas en los que la información se puede ver por región y comuna. Eso se publica desde que empezaron a realizar el informe semanal.

\*\*\*\*\*

**El señor PARIS (ministro de Salud)[vía telemática].-**  
expresa que las guías internacionales para certificación y clasificación de causa de muerte por coronavirus fueron publicadas el 20 de abril de 2020. Están en la página web de la Organización Mundial de la Salud. Éstas fueron publicadas después de más de 60 *webinars*, con más de 13.500 personas que participaron para crear ese documento, ya que no fue fácil. Obviamente, aquí, se emitieron clasificaciones especiales para certificar el fallecimiento.

Añade que solo para diferenciar entre pacientes con neumonía y PCR positivo o que diga derechamente coronavirus, y PCR positivo, existen dos códigos de clasificación diferentes. Además, el tercero que es posible o probable. Cuando el médico pone covid positivo, ingresa inmediatamente al grupo de covid, pero luego el DEIS cruza la información con todos los laboratorios de Chile, que hacen PCR, y si ese examen es negativo sale del listado. Ahora bien, si estaba con covid o con sospecha de covid y llega el resultado positivo, ese caso entra al listado. Por eso va variando, aunque no es tan grande esa variación, sino que es mínima. Esa cifra grande que se agregó después y que aparece en Epivigila, en el informe epidemiológico bisemanal, son los casos posibles o probables, que no se ha podido comprobar con exactitud, pero que existe la “sospecha” de que fallecieron por ese motivo.

El sistema de información fue migrando, variando, y al principio el DEIS, que estaba preparado, no era capaz de informar todos los días, sino que lo hacía una o dos veces por semana, y en la medida en que se fue potenciando el trabajo, recibiendo la información más exactamente desde regiones y desde el Registro Civil, obviamente que se fue dando la posibilidad de migrar directamente al DEIS.

Señala que no cree que el ministro anterior haya tenido la intencionalidad de ocultar cifras o de variar las cifras, de ninguna manera. Se dio la información con las cantidades de pacientes que en ese momento se tenía. Sobre los “reportajes”, que crearon dudas en la población, hay que pensar que las dudas también surgieron porque algunas sociedades científicas, gremios, Espacio Público, el grupo de Los 40, empezaron a sugerir cambios, porque proponían que el conteo no era lo más perfecto posible. Todos esos cambios fueron aceptados, y todos se introdujeron permitiendo que el DEIS tomara la dirección del asunto, y comenzaran a publicar los datos como se están publicando hoy día, que son los datos fidedignos.

Estima que hay estándares más altos. Sin embargo, no cree que se esté muy lejos de los países que tienen estándares más altos. Dice que nombró el estudio que demostró que Chile es el quinto país del mundo que tiene los mejores registros a nivel de salud, porque es una tradición muy antigua, desde que se fundó el Servicio Nacional de Salud, en la década del 50, gracias al abuelo de la diputada Maya Fernández, Salvador Allende, y del doctor Cruz-Coke, se lleva un registro estadístico magnífico en Chile. Por lo que se debe confiar en nuestras estadísticas.

Agrega que la estrategia ha sido testear, trazar, aislar y nuevamente llevar a tratamiento intensivo a los hospitales a los pacientes más graves. En el caso de testear, se tiene el récord latinoamericano de hacer la mayor cantidad de test por millón de habitantes, hoy sobrepasamos 92.000 test por millón de habitantes. Argentina hace quince mil test por millón de habitantes. Cuantos más test se realizan, más pacientes se detectan. Lo anterior responde a que en este momento están detectando pacientes que cada vez son menos graves y porque se ha ido a buscar a pacientes asintomáticos.

Expresa que han cambiado la estrategia a la búsqueda activa de pacientes asintomáticos, que en algunos lugares es más de un 25 por ciento de los exámenes, demuestra una positividad solo de un 4 por ciento en contra de la búsqueda de pacientes sintomáticos, que tienen una positividad en promedio de un 17 por ciento. Es decir, al aumentar la cantidad de *test* se puede encontrar más pacientes asintomáticos que, generalmente, son jóvenes y que no tienen cuadros graves, pero son contagiosos.

Por lo tanto, al realizar tal estrategia se aísla a la gente contagiosa, y por eso el aislamiento se ha hecho en las residencias sanitarias, que son “gratis”. Por lo tanto, la red ha respondido bien. Aquí siempre se compara la mortalidad por millón de habitantes, y es obvio que la mortalidad por millón de habitantes es bastante alta en Chile si se compara con otros países, pero otros países no tienen registros exactos. Por ejemplo, Corea del Norte dijo que había tenido un paciente con coronavirus, y se murió. O sea, tuvo ciento por ciento de mortalidad.

Señala que hay que tomar en serio los cuadros estadísticos. Hay otros países que no transparentan o no muestran el número de casos y no es porque no quieren o porque quieren engañar, sino porque no tienen la capacidad de testear.

Explica que tenemos una letalidad bajo 3 por ciento, es decir, entre 2,7 y 2,9 por ciento. Va variando, o sea, es una letalidad muy baja. Ello, porque el exministro Mañalich se preocupó mucho de la última línea, y también fue criticado por eso. En estos momentos nos sobran 600 ventiladores mecánicos, porque a nadie le faltó un ventilador mecánico. Se trasladaron pacientes desde el norte al centro y del centro al sur, en fin. Todas las regiones colaboraron, y por eso la letalidad es baja. Pero eso es gracias a los funcionarios de la salud, no es por casualidad, sino que es gracias a las enfermeras, a las auxiliares, a los kinesiólogos, a los bioquímicos y todos los que hacen los exámenes.

Respecto el certificado de defunción, cuando aparece el diagnóstico covid-19 entra como enfermo de covid, pero si después la PCR sale negativa, sale de ese grupo. Ahora, si ingresa con diagnóstico dudoso, al revés, y sale la PCR positiva, entra al grupo de muertos por coronavirus. Hay mucha gente que puede tener cáncer o alguna enfermedad gravísima y al final se infectó de coronavirus. Desgraciadamente, la gente que tiene cáncer, o que está en tratamiento por cáncer, tiene su inmunidad muy disminuida y se infecta con más facilidad. Y si se hizo el examen y salió positivo también figura, eso es inevitable y no se puede ocultar. Claro, tenía un cáncer grave, pero también le salió el PCR positivo. Entre paréntesis, esa es una discusión internacional.

Expresa que se cambió la estrategia porque se fueron adaptando a lo que recomendaba la OMS. La estadística debería ser llevada por el DEIS en base al certificado de defunción hecho por el médico, más la PCR. Al principio la estadística la llevaba el Gabinete, pero no cree que se haya querido hacer ocultamiento de cifras ni nada de eso. Se conseguirá las cifras respecto de los decesos de adultos mayores en departamentos de larga estadía y se hará llegar por intermedio del abogado del Ministerio de Salud, que trabaja en contacto con el Poder Legislativo.

Aclara que tuvieron un encuentro con funcionarios del Registro Civil e hicieron un esfuerzo, ya que al comienzo los lunes casi no había fallecidos, porque como no funcionaba a plenitud sábados ni domingos, disminuía en forma falsa la cantidad de fallecidos. Pusieron turnos, están haciendo el esfuerzo, lo reconoce y agradece, para atender a toda la gente. Se debe recordar que se produjeron algunas confusiones, porque a veces al fallecido lo inscribían en un lugar diferente de donde era el domicilio y produjo algunos desfases que ya se superaron.

\*\*\*\*\*

**El señor Carlos Sanz, jefe del Departamento de Estadística y de Información de Salud**, expresa que desde que se hizo cargo del Departamento de Estadística y de Información de Salud, en 2018, en realidad el proceso de codificación de las defunciones, el registro de hechos vitales, en sus bases, no ha cambiado mucho. No obstante, se trabajó en la oportunidad y en el mejoramiento de los procesos. Añade que en condiciones normales, es decir, fuera de pandemia, el Servicio de Registro Civil e Identificación les enviaba la información en forma semanal y, durante esa semana, codificaban las

defunciones, incluso, en muchas oportunidades, tenían un retraso, pues no lograban codificar toda la información que enviaban y se iba acumulando en una especie de saco.

Sin embargo, el proceso en la entrega de las estadísticas de hechos vitales, el *world standard*, es de dos años. Vale decir, lo que está publicado en 2018, en el mejor de los casos debería estar publicándolo este año. Justamente, lo que se hizo fue ir mejorando este proceso, a través de acortar los plazos y ocupar las tecnologías para que les fueran apoyando en el proceso de codificación y mejoramiento de las estadísticas.

Explica que empezaron a incorporar algunas series de validaciones y a acceder, en forma oportuna, a algunas fuentes de información que dieran mayor certeza respecto de lo que se estaba generando como estadística. Por ejemplo, se cerraba el año estadístico, lo cual ocurre en marzo del año siguiente, y ahí recién se empezaban a validar, si es que existía alguna defunción que haya estado duplicada o alguna información faltante; se empezaba a validar si existía alguna fuente de información que permitiera mejorar la especificidad de las defunciones. Todo aquello, en vez de esperar el proceso final, es decir, a que el Servicio de Registro Civil e Identificación les entregara todas las defunciones recopiladas, lo que se hizo fue empezar a ocuparla en forma inmediata, lo que quiere decir que se está en mejor condición para entregar la estadística en forma diaria, lo que no implica que las estadísticas estén cerradas, toda vez que los datos pueden ir cambiando. Es así como se alerta en cada informe semanal o diario que se esté entregando. Los datos pueden ir cambiando, en la medida en que aparezcan antecedentes o rectificaciones. Incluso, en el Servicio de Registro Civil e Identificación las cifras pueden ir variando, claro que en menor medida; sin embargo, no se encontrará con ninguna sorpresa grave que sorprenda a final de año.

Indica que en el caso de las defunciones, se hizo un proceso de mejoramiento de todos los procesos. Es así como antes tenían la capacidad más tardía de no lograr codificar todo, hoy día sí se tiene la capacidad de codificar absolutamente todo lo que se les informa desde el Servicio de Registro Civil e Identificación.

Acota que han mantenido las reuniones del comité tripartito, al igual como se ha realizado en condiciones normales, lo cual les permite, de alguna forma, ir concentrándose en estos temas que han permitido mejorar y apuntando no solo a lo que se tiene hoy día. También se tiene publicado, en la página, los datos abiertos de todas las personas, obviamente en

forma anónima. La ocurrencia pasa una sola vez en el caso de las defunciones, están todos los datos por comuna y por rango etario para proteger la confidencialidad de la información de los familiares, pero están con la causa básica de defunción, la comuna, el rango etario, el sexo. Además, no solo se publican las de este año, sino que están las de los últimos cinco años, y varias universidades o algunos científicos han ido haciendo algunas publicaciones que van a la par con las que van generando.

Indica, por último, que los datos están; los datos siempre han estado y se han ido publicando, en la medida en que se tiene la capacidad de publicar datos confiables. Que han resguardado que todos los procesos estén sumamente asegurados antes de publicar, justamente para no entregar información que pueda llevar a conclusiones erradas.

\*\*\*\*\*

**El señor Nicolás Sepúlveda, periodista del Centro de Investigación Periodística (CiperChile),** expresa que para descubrir cómo se estaba haciendo el conteo paralelo al interior del Ministerio de Salud (Minsal), desde un principio, desde abril, se comenzó a observar lo que estaba ocurriendo con la cifra de fallecidos por Covid-19 en Chile. Es cierto que a nivel internacional, tanto en Europa como en América Latina, ha sido una dificultad, durante todos estos meses, la metodología para contar a los fallecidos -ha habido subreportes-, y también todos los países han ido cambiando sus metodologías.

En Ciper, en el marco de la investigación, lo primero que se hizo fue cruzar las bases de datos del Registro Civil con las cifras oficiales de fallecidos por Covid-19 reportadas por el Minsal. En un primer reportaje, cree que fue en abril o mayo, se dieron cuenta que, en una determinada fecha, según el conteo hecho, mano a mano, de acuerdo con la cifra que pidieron por ley de transparencia al Registro Civil, había cerca de 60 fallecidos más por Covid de lo que reportaba el Minsal. Eso se debió a que, en ese minuto, el Ministerio de Salud solo contaba a los fallecidos con examen de PCR positivo confirmado. No consideraban, por ejemplo, que en el certificado de defunción, que es lo que sistematiza el Registro Civil, se mencionara el coronavirus o el Covid-19.

Luego del primer reportaje y después de que otros periodistas, como Alejandra Matus, y otras personas identificaran el problema, hicieron un primer cambio metodológico que consistía en incluir a quienes tenían escrito Covid-19 en su certificado de defunción, además de tener PCR positivo.

Mientras sucedía todo eso, se generó una gran discusión en redes sociales, así como el trabajo de algunos periodistas que hablaba de un subregistro de muertos, con la metodología del exceso de muertos usada en medios internacionales como el Financial Times, el New York Times, etcétera, que consistía en mirar y comparar. Por ejemplo, comparar la cantidad de fallecidos de abril de 2020 con la del mismo mes de 2019.

Investigaron eso y se dieron cuenta de que en abril no había problemas, ya que las cifras eran prácticamente las mismas que en años anteriores. Siempre trataron de actuar con rigurosidad, porque había mucha gente interesada en poner la banderita y decir: Mira, acá en Chile hay 10.000 muertos en exceso, 12.000 muertos en exceso”. Eso nunca fue así, y es bueno aclararlo.

Siguieron investigando ese tema, pero muchas veces no publicaban los resultados porque no constituían noticia, pero creían que era necesario fiscalizar lo que se estaba haciendo. Luego, supieron que el Ministerio de Salud enviaba informes a la Organización Mundial de la Salud con una cifra de fallecidos distinta a la que se daba a conocer en Chile. Ese conteo es el que hacía el DEIS (Departamento de Estadísticas e Información de Salud). Estuvieron tratando de confirmar ese dato durante varios días, tratando de hablar con fuentes internas del DEIS y del Ministerio de Salud para confirmar la información y saber por qué se hacía una cosa y la otra. En esa investigación se encontraron con varias cosas.

Comenta que en primer lugar, como dijeron la semana pasada el jefe del DEIS y el ministro Paris en esta misma Comisión, en un inicio el Gabinete del entonces ministro Mañalich, su equipo de confianza, era el que se encargaba de recoger los datos sobre fallecimientos a través de las secretarías regionales ministeriales o de los servicios de salud a nivel regional.

Era un sistema bastante *amateur* que consistía en que las seremis y los servicios de salud debían reportar diariamente al ministerio la cantidad de muertos por covid-19 en sus respectivas regiones. Eso lo hacían llamando personalmente a los hospitales o al Servicio Médico Legal. Eso, por supuesto, tenía un problema, porque dejaba a muchas personas fuera. Por ejemplo, en un hospital, un médico debía mandar una foto del certificado de defunción a la seremi, que a su vez debía recopilar esa información y enviarla a Santiago.

Añade que eso se complementaba con una búsqueda que después empezaron a hacer en los reportes diarios del Servicio de Registro Civil e Identificación, pero eso también tenía un problema, porque el Registro Civil

se demora un par de días en tener las inscripciones, porque algunas personas mueren por covid-19, pero el certificado de defunción no lo dice.

Dice que pudieron investigar y chequear que eso era lo que pasaba efectivamente, y que no se consideraba al equipo del DEIS. Semanalmente, el equipo del DEIS entregaba la información al ministro de Salud de aquella época, Jaime Mañalich, y a su Gabinete, y la información la recibían también la subsecretaria de Salud Pública, Paula Daza, y el subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga.

Ese reporte del DEIS seguía la recomendación de la OMS en términos de contar los fallecidos por covid-19 según los certificados de defunción, con examen PCR que confirmaba la presencia del virus, pero considerando además los casos sospechosos de fallecimiento por covid, aún sin un examen PCR que confirmara que el deceso había sido a causa del virus. No sabe por qué hasta ese momento no se consideraban los informes del DEIS.

Señala que supieron que durante la primera semana de junio se abordó ese tema en un comité asesor de estadísticas vitales, y en esa reunión el equipo del DEIS manifestó que ellos entregaban informes semanales y no se los consideraba, situación que ellos no se explicaban.

Explica que el DEIS estaba trabajando de lunes a domingo, y que sabe que lo siguen haciendo, con una sobreexigencia bastante admirable, tomando en cuenta el aporte que han hecho en el marco de la pandemia. No obstante, ellos sentían que su trabajo no estaba siendo valorado y no se explicaban por qué.

A mediados de la semana previa a la publicación del reportaje del 13 de junio, es decir, el 8 o 9 de junio, confirmaron que la cantidad de fallecidos en Chile según el DEIS superaba ya los 5.000. En cambio, según el Minsal el número de fallecidos por covid-19 a esa misma fecha era 2.800, aproximadamente, es decir, alrededor de la mitad.

Indica que publicaron el reportaje en cuanto el Minsal les confirmó los datos, y luego ocurrió lo que ya se sabe, la renuncia del entonces ministro Mañalich y su reemplazo por el actual ministro Paris; luego de lo cual se empezó a transparentar la información y a publicar las cifras del informe del DEIS. Se empezó a valorar ese trabajo, y eso fue muy importante. Hasta el día de hoy no tienen respuesta sobre la razón por la que el Gabinete del entonces ministro Mañalich no daba a conocer las cifras que recopilaba el DEIS.

Todos lo han dicho en distintas entrevistas, y también en la sesión anterior de esta Comisión, que el DEIS es un equipo reconocido

internacionalmente. Mucha gente que ha participado en el DEIS ha ido a dictar clases fuera del país para explicar cómo se trabaja acá. Ha sido un trabajo muy riguroso.

Ahora sí se cuenta con esas cifras y saben cómo funciona, según les explicó hace pocos días alguien del DEIS. Se mira el Epivigila, que es un sistema informático del Ministerio de Salud, donde los médicos suben información de sus pacientes, y si un médico anota allí "covid-19", aunque no tenga un PCR confirmado por covid-19, se incluye en el listado de registros probables o posibles, como se quiera llamar a las personas infectadas.

Explica que efectivamente en todos los países hubo controversia con la forma de contar los fallecidos. En un inicio, países, como Bélgica, seguían estrictamente el criterio de la OMS, de considerar contagiado a cualquier persona que hubiera fallecido con síntomas atribuibles a la covid. Eso llevó, en un principio, a liderar la tasa de letalidad por millón de habitantes. Otros países, como Chile, no consideraban, al menos públicamente, el criterio de la OMS y otros sí lo consideraban. Eso ha ido variando poco a poco y, últimamente, se ha llegado al consenso de que sí es necesario considerar el criterio de la OMS, porque es lo que más se acerca a medir, efectivamente, cuántas personas han fallecido por covid.

Por ejemplo, en Ecuador, las cifras comenzaron a crecer cuando, después de un tiempo, se incorporaron las muertes domiciliarias. En Ecuador, un gran porcentaje de pacientes no ha muerto en los hospitales, por el colapso de sus sistemas sanitarios, sino que ha muerto en las casas. En Francia también pasó con las muertes en los hospitales.

El mundo ha ido avanzando hacia el consenso de que es necesario considerar el criterio de la OMS; de lo contrario, muchas muertes que quedan fuera y es muy difícil hacer la comparación. Aun así, hay países que siguen teniendo sus propias formas de contabilizar a los fallecidos.

La diferencia con Chile es que la mayoría de los países hacía pública la metodología para contar fallecidos. Estados Unidos, por ejemplo, decía que el criterio que usaban para contar fallecidos era el de la OMS; sin embargo, tenían otra forma, que solo consideraba a quienes tenían PCR positivo. Pero esa información estaba sobre la mesa, la ciudadanía sabía cómo se estaban contando los fallecidos y que, entre una y otra metodología, había una variación grande.

Agrega que lo preocupante en Chile era que ni la opinión pública ni los expertos sabían que el Minsal hacía dos conteos distintos.

De hecho, relata que ellos, cuando ya tenían todo confirmado, llamaron al Ministerio de Salud para decirles que tenían información, que la iban a publicar y que querían que les explicaran por qué pasaba eso. Como se demoraban mucho en contestar, en forma paralela llamaron a la Secom (Secretaría de Comunicaciones) para solicitar la posición del Gobierno, y ahí se mostraron bastante sorprendidos con lo que les estábamos contando. Y ahí quedó una pregunta abierta, que no han podido dilucidar y, tal vez, ustedes en la Comisión, sí puedan hacerlo, y que es saber si La Moneda y el Gobierno Central sabían que el Minsal tenía un conteo paralelo de fallecidos por covid por parte del DEIS, porque lo que pudieron chequear en la investigación periodística era que esa información solo la manejaba la gente del DEIS, que tenía mucho miedo de hablar públicamente.

Dice que fueron a hablar con gente fuera de micrófono, ya que nadie quiso hablar en *on* por miedo, y les dijeron que esos reportes llegaban solo al Gabinete del Ministro Mañalich, donde estaban también sus dos subsecretarios. Por lo tanto, sería bueno dilucidar cuánta gente tenía acceso a esa información. Eso quedó claro, pero sí les puedo decir que en La Moneda, en la Secom, se sorprendieron bastante cuando les preguntamos; y luego de eso, llegó la respuesta del Minsal.

Según lo que han chequeado, es que esa decisión pasaba, exclusivamente, por el Gabinete del ministro Mañalich, Gabinete en el que había un afán muy importante por mostrar cifras que mostraran a Chile como un país exitoso enfrentando a la pandemia. Eso ya lo habían hecho antes con el tema de los ventiladores mecánicos, cuestión que también investigaron en Ciper. Relata que les costó como dos reportajes que se reconociera que había problemas con los ventiladores mecánicos que se habían comprado en marzo y que, finalmente esos ventiladores no iban a llegar. Por eso, después tuvo que intervenir la CPC para comprar los ventiladores mecánicos en el mercado negro, como les contó en un reportaje de Ciper el presidente de la CPC en China.

Enfatiza que sí había mucho afán por mostrar cifras exitosas; en ese sentido, había como una especie de obstinación, ya que les costaba mucho reconocer cuando existían errores. No sabe si esa es la razón de por qué cambiaban tanto las metodologías y por qué les costaba reconocer que las cifras eran más altas de la que ellos tenían antes.

Cada vez que hubo un cambio metodológico, antes hubo un reportaje periodístico o un emplazamiento público del consejero asesor o de

una comunidad de expertos; luego de eso, el Minsal reaccionaba. Los cambios metodológicos, en general, no fueron por iniciativa propia del ministerio de Salud.

Respecto de si hubo cambios desde que asumió el ministro Paris, expresa que el cambio fundamental fue que se transparentó la información y no solo las cifras del DEIS están en el informe epidemiológico que se libera semanalmente -entendiendo que esa cifra ya supera los 14.000 fallecidos por la covid-, sino que también, en la página del DEIS, se liberó la base de datos completa, respecto del trabajo que ellos están haciendo, y eso es muy valorable.

Si se entra a la página del DEIS, se puede bucear en esos datos y ver en qué comunas están los fallecidos por la covid; cuál es el sexo de esas personas; su edad, etcétera; cree que eso es un cambio importante.

Dice que han seguido investigando ese tema, pero hasta ahora no tienen información ni señales de que se estén guardando datos o se esté haciendo algún tipo de ecuación con los datos disponibles. Lo que sí no ha cambiado -no sabe si tiene que ver con el trabajo de la Comisión- es que el equipo a nivel de comunicaciones del Ministerio de Salud sí está en una situación de mucha restricción; cuesta mucho obtener los datos: las solicitudes por transparencia no las están respondiendo y para eso, según entiende, están facultados por el estado de excepción.

Menciona que no sabe si el propósito era esconder las cifras o no transparentar el trabajo que se estaba realizando. Habría sido perfectamente legítimo que el exministro Mañalich hubiera estado preparando las cifras antes de que las diera a conocer públicamente; pero, si se miran los hechos, eso no fue lo que pasó, porque luego del reportaje el entonces Ministro renunció y recién, en ese momento, se transparentaron -como por obligación- las cifras del Departamento de Estadísticas e Información (DEIS) del Ministerio de Salud.

Expresa que no tiene una respuesta clara respecto de lo que sucedió. Insiste en cuanto a que no sabía cuál era el afán del exministro, pero desde un inicio el Gobierno buscó compararnos con otros países. De hecho, recuerda que el propio Presidente Sebastián Piñera dijo que estábamos mejor preparados que Italia, que insistían mucho en la preparación, en mostrar buenas credenciales y que eran un Gobierno eficaz frente a la pandemia. Ese es un hecho, las entrevistas y las declaraciones están.

Dice que no sabe si esa fue la motivación para no transparentar las cifras desde un inicio, pero si no querían, incluso, podrían haber dicho cuál era la metodología que estaban usando y que tenían una segunda

metodología para reportar a la Organización Mundial de la Salud (OMS), según su criterio, pero que no iban a transparentar para no alarmar a la población.

Expresa que no sabe si la Moneda estaba en conocimiento de lo que relata en cuanto a las cifras. Lo que sí puede decir es que cuando llamaron a la Secretaría de Comunicaciones (Secom) se mostraron bastante sorprendidos y no tuvieron respuesta en ese momento. Lo que sí pasó es que ellos se sorprendieron mucho y luego de que les avisaron llegó rápidamente una respuesta oficial desde el Ministerio de Salud y con eso cerraron el reportaje y publicaron. Todo eso sucedió muy tarde, a altas horas de la noche del viernes 12 o 13, no recuerda el día exacto, pero lo publicaron el viernes a la media noche y, como se sabe, se desató al otro día cuando presentó la renuncia el entonces Ministro Mañalich.

Expresa que el exministro Mañalich tenía un estilo mucho más duro, pero eso es indiferente, da igual si tiene mal carácter o es muy duro, ese es su manejo frente a la pandemia. Ciertamente, hay diferencias con el ministro Paris, quien es mucho más dialogante; incluso se ha juntado con todas las personas y las distintas comunidades científicas que han sido bastante críticas con el tema. En cuanto a las cifras, cree que las ha transparentado, las que sabían que existían y que estaban disponibles se transparentaron.

Por otro lado, agrega, el Ministro de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación también ha hecho un trabajo en ese sentido y ha publicado datos abiertos respecto de los mapas de contagio a nivel país. Cree que hay una diferencia, pero no sabe si ésta tiene que ver con una decisión política, con los hechos, con las investigaciones periodísticas o con la opinión de los expertos, que ha ido empujando a que esa información se revele y transparente.

Recuerda que hubo una polémica con el exministro Mañalich cuando habló del efecto lunes. Lo anterior es cierto, ya que las cifras de fallecidos del fin de semana se inscriben los días lunes en el Servicio de Registro Civil e Identificación, porque muchas oficinas se encuentran cerradas los fines de semana. Por lo tanto, es difícil comparar un mes con otro si no se tienen en cuenta esas distorsiones metodológicas. No obstante, hicieron la comparación en abril y no hubo mayor problema, y lo siguieron haciendo. Sin embargo, en un segundo reportaje, descubrieron que entre mayo y junio sí había una diferencia respecto de los fallecidos covid-19 en los certificados de defunción, con lo que se daba a conocer públicamente.

Actualmente, las bases de datos que tiene el Departamento de Estadísticas e Información (DEIS) disponibles en su página web es un trabajo mucho más riguroso. De hecho, en esa base de datos se puede seleccionar un período de tiempo de un año en particular y compararlo con otro. Así se dieron cuenta de que en los meses de mayo y junio sí hubo diferencias en el total de fallecidos, en el mismo período de tiempo entre un año y otro.

Expresa que no lo han publicado porque son bases de datos abiertas y cualquiera las puede mirar, y hay otros medios que han hecho reportajes al respecto, pero se trata de información muy valiosa que el DEIS puso a disposición de todos, por lo que ahí sí se puede hacer una comparación, que no tienen estas aplicaciones metodológicas que sí tienen las bases de datos del Registro Civil, a las que accedieron por Ley de Transparencia.

\*\*\*\*\*

**El señor ZÚÑIGA, Subsecretario de Redes Asistenciales**, expresa que el Plan de Acción Coronavirus, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, inició su preparación en enero pasado. Que recuerda perfectamente que sostuvieron reuniones con representantes del Colegio Médico de Chile, con distintos alcaldes, con las asociaciones de municipalidades e, incluso, con las Fuerzas Armadas, para ir preparando la red asistencial, de la cual hoy todos son partícipes a través de la Red Integrada Covid-19, porque la probabilidad de que esto se transformara en pandemia era desconocida; pero, dada la gravedad de la situación, ameritaba que esta preparación se hiciera con el tiempo y la dedicación adecuadas.

Que lo principal de esta preparación es la de los funcionarios de la salud. Ellos fueron el eje fundamental del plan de coronavirus, porque sabían que la única limitante para atender a la población sería nuestra cantidad de enfermeras, de técnicos de enfermería y de kinesiólogos que tuviésemos en el país, dado que sabían lo que había ocurrido en 2009, donde hubo gran cantidad de consultas a propósito de esa pandemia, y esta pandemia ha demostrado ser de mayor tamaño, y es por eso que se prepararon.

Que se pueden observar en la lámina algunas fotografías de los simulacros que hicieron en febrero, cuando muchos estaban de vacaciones, en la playa y con sus familias, pero los trabajadores de la salud se estaban capacitando y haciendo estos simulacros, con mucho calor en febrero, y ocupando todos estos elementos de protección personal, y la razón de ello es porque había que prepararse.

Que, además, en base a eso los funcionarios de salud tienen una cultura acerca de las simulaciones y ensayos que se hacen para atender con la mayor seguridad posible a los pacientes. Sin embargo, esa seguridad no se logra de la nada, sino que esa seguridad se logra protegiendo a nuestros trabajadores de la salud, y es por eso que el 6 de febrero se emite la primera orden de compra por más 30 millones de elementos de protección personal.

Que sabían, de acuerdo con lo informado por la Organización Mundial de la Salud, que los funcionarios de la salud tenían una mayor probabilidad de contagio que la población normal, precisamente por estar expuestos al tratamiento clínico de los pacientes. Por tanto, sumado a los simulacros tenían que lograr abastecerse de una forma importante con el objetivo de que no ocurriera lo que está ocurriendo en otros países, que no pudieron abastecerse suficientemente bien, con mascarillas, con escudos faciales, con guantes, con batas, pecheras, etcétera.

Que hoy ese gran trabajo de compra lo realizó la Central Nacional de Abastecimiento. Ellos mandataron a la Cenabast, y son quienes han buscado la forma de cómo abastecer a toda la red integrada de covid-19 de nuestro país. Eso lo destaca porque no es un trabajo fácil; ir a competir con países grandes como Brasil y Estados Unidos, y lograr comprar estos elementos en situaciones bastante difíciles del mercado, valora aun más el trabajo que hace la Central Nacional de Abastecimiento de acumular la demanda de cada uno de los consultorios y hospitales de nuestro país, y con ese objetivo lograr ganarle a hospitales tan grandes de Brasil, Estados Unidos o de Europa. Es una situación que renoce aquí públicamente.

Que, en cuanto a lo que es la contratación del personal de salud, sabían que había un personal de salud de grupo riesgo, es decir, enfermos crónicos, personas mayores de 60 a 65 años, embarazadas, y también sabían que necesitaban un mayor número de personal para poder complejizar las camas. Las camas que pasan de ser medias o básicas, a ser camas de intensivo e intermedio, además de la apertura de más de 4.000 camas a propósito del adelantamiento de la compra de cinco hospitales modulares y la instalación del Centro Hospitalario Huechuraba, lo que significó más de 12.000 personas que han sido contratadas, ayudados también por el programa “Yo sirvo a mi país”, que ayudó a conseguir un número importante de personas.

Que, respecto de estas capacitaciones, si bien tenemos dentro de la formación de los funcionarios de la salud el programa de infecciones

intrahospitalarias, a propósito de la gran contagiosidad que presentaba esta cepa de coronavirus, se reforzó eso a través de distintos instrumentos, sea a través de telecapacitación, capacitaciones presenciales dentro de los hospitales, y de esa forma también reducir la probabilidad de contagio dentro del personal.

Que, además, en conjunto con la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, se realizaron 171 capacitaciones desde el hospital digital, logrando más de 80.000 conexiones, es decir, personas que vieron algunas de estas capacitaciones. Sabían que tenían que retransformar los hospitales y que todas las personas de las unidades de medicinas, las unidades de cirugía, las unidades de urgencia, incluso el personal de la atención primaria de nuestro país, tenían que adquirir nuevos conocimientos en cuanto al tratamiento de los pacientes de coronavirus.

Que también tuvieron la necesidad de trasladar personal. Lo ha dicho muchas veces, se puede hablar de ventiladores y más ventiladores, pero resulta que detrás de cada ventilador mecánico hay un promedio de 6,5 personas; se habla de un médico, una kinesióloga, una enfermera, un técnico de enfermería, un auxiliar de aseo, un auxiliar de servicio, lo que no se nombra normalmente, y son los que al final le dan la mano a un paciente cuando más lo necesita, y es por eso que lograron un hecho importante, dado por el ejemplo que nos dio un equipo del hospital clínico de Magallanes, que se fue a Calama, en su peor momento, para ayudar a sus colegas, lo que gatilló que muchos otros equipos también empezaran a hacer lo mismo, ayudando a distintas zonas del país, tal como se vió hace dos semanas, devolviéndole la mano precisamente a Punta Arenas, que se encuentra en una situación alta de contagios, dos equipos de primer nivel del hospital San Borja y de la Posta Central fueron en ayuda del hospital clínico de Magallanes para colaborar con el gran trabajo que se está haciendo en ese hospital.

Que, asimismo, semanalmente se reúnen con los dirigentes nacionales de cada uno de los gremios de nuestro país, tanto de atención primaria como de hospitales, y han podido llegar a acuerdos en muchísimas situaciones, que si no hubiesen tenido esas reuniones probablemente hubiesen quedado en un segundo plano, y es precisamente el rol de los dirigentes nacionales de cada uno de los gremios lo que ha permitido visualizar cosas que cuesta ver desde la administración de cada uno de los hospitales, desde la direcciones de los servicios de salud, tales como haber definido, por ejemplo, la enfermedad covid como una enfermedad laboral para todos los funcionarios de salud; tal como asegurar los elementos de protección personal, que ha sido algo

bastante fundamental en la protección de nuestros funcionarios y, además, seguros de vida que lograron con las aseguradoras de Chile.

Que también tuvieron conversatorios paso a paso, y tenemos más 1.500 dirigentes que han sido capacitados en contexto macrorregionales, y en donde han pedido ayuda, porque lo que necesitan es que esta tarea de educación sanitaria, de cambio cultural, no sea llevado solamente a cabo por las autoridades de salud, por las seremis de cada región del país, sino que tiene que haber una ayuda de los dirigentes, quienes en su rol les traspasan las necesidades de las personas y los pacientes, pero que ahora les pedimos ayuda para que el mensaje del paso a paso llegue de mejor forma a cada uno de los ciudadanos de nuestro país. El segundo eje fue la red de laboratorios. Sabían, por recomendación de la Organización Mundial de la Salud, que tenían que aumentar fuertemente la capacidad de testeo.

Que, al respecto, tenían un solo laboratorio, que era el del Instituto de Salud Pública. Sabían que tenían que comprar a distintos proveedores, porque podía ser que alguno de los proveedores de kits de PCR quedara con desabastecimiento o que tuviera la prohibición de su país de exportar.

Que en ese sentido, lograron contratar cuatro proveedores, además de comprar el insumo para nosotros mismos poder fabricarlo en caso de que hubiese un quiebre de los cuatro al mismo tiempo, y de esa forma poder seguir realizando exámenes de PCR.

Que tienen una capacidad de 40.000 exámenes diarios de PCR; llevan 2,6 millones de exámenes desde que comenzó esta pandemia, y eso los sitúa como uno de los países que más ha testeado. Esto en conjunto también con el Ministerio de Ciencia, que les ha ayudado a que los laboratorios de universidades se transformen a laboratorios clínicos, y lo mismo respecto de algunas empresas de alimentos como las de salmones, vitivinícolas, que no es de alimento, pero que también ha ayudado, así como de empresas de carnes, lo que nos ha ayudado a procesar más exámenes de PCR.

Que el tercer eje corresponde a la complejización y aumento de camas. Necesitaban una mayor cantidad de camas, así que establecieron 4.000 camas nuevas y también aumentaron la complejidad de las mismas. Originalmente, tenían 640 camas de unidades de cuidados intensivos en el servicio público, y llegan a una dotación final de la red integrada de 4.248, y eso ha permitido que puedan atender a los pacientes más graves de nuestro país en distintas regiones. El Hospital de Iquique pasó de 8 a más de 40 camas; la Posta

Central, de 20 a más de 110 camas; el Hospital de Punta Arenas, de 8 a 32 camas. Todos los hospitales del país han triplicado o cuádruplicado la cantidad de camas.

Que, además, para darle un mayor número de camas a nuestra red, se anticipó la puesta en marcha de estos cinco hospitales, que son los de Ovalle, en la Región de Coquimbo; de Angol, en La Araucanía; Padre Las Casas, también en La Araucanía; Félix Bulnes, en la Región Metropolitana, y Gustavo Fricke, en la Región de Valparaíso. Con esto, agregaron casi 1.800 camas adicionales. Además, 500 camas que se lograron a través de la compra de hospitales modulares, que están completamente instalados. Hay dos en la Región Metropolitana; uno, en la Región de Valparaíso; otro, en la Región del Biobío y, otro, en la Región de Coquimbo. Además, en el Centro Hospitalario de Huechuraba se instaló un verdadero hospital; lo que era una bodega se llegó a transformar en un hospital, donde se les salvó la vida a más de 700 personas. Ese es un trabajo que se está documentando con el objetivo que quede como material para que, en el futuro, ya sea por terremoto o por otro tipo de catástrofe, como esta pandemia, se pueda tener esa experiencia, que ha sido notable en cuanto a dar, en solo treinta días, la misma cantidad de camas que podrían entregar los hospital de La Florida o de Maipú.

Que, también, dentro de los mismos hospitales se habilitaron 300 camas adicionales y la cantidad de camas ventiladas, es decir, sumando las que tienen un ventilador mecánico a todas las camas que contaban con un equipo de oxigenoterapia de alto flujo o un helmet de oxigenación, logran llegar a la cifra de 5.323 camas, ahora en septiembre de este año. La complejización que, como ahí se ha ido mostrando, llegaron a camas UCI, con 3.100 camas habilitadas y, en la medida en que esto quede como un legado para toda nuestra red de hospitales del país.

Que todos los ventiladores mecánicos están dentro de los hospitales. Todos los hospitales lograron triplicar su capacidad de camas ventilatorias y eso va a permitir –ojalá que no ocurra–, que en una futura pandemia se pueda responder, de forma adecuada, en las mismas campañas de invierno que en todos los meses de mayo, junio y julio, que les cuestan tanto, todos estos hospitales puedan habilitar un mayor número de camas para atender a nuestros pacientes.

Que ese es el gráfico en cuanto a la cantidad de camas y las camas ocupadas. Es decir, el azul siempre por arriba de la línea roja. Y eso es a propósito del ajuste y de la flexibilidad que debe tener cada uno de nuestros

hospitales. ¿Con qué objetivo? Con que si hay una mayor demanda por camas UCI por pacientes de coronavirus, puedan destinar ese pabellón, esa cama de recuperación, a empezar ya a realizar cirugías, debido a que son cirugías que han sido postergadas por meses, a propósito de esta pandemia y de tiempos anteriores.

Que el cuarto eje es la atención primaria.

Que tenían conciencia acerca de todo lo que podía ayudar la atención primaria. Por eso mismo, instalaron un programa de atención domiciliaria, que iba a ayudar a mantener compensados a los pacientes que normalmente están en los consultorios: enfermos crónicos, diabéticos, hipertensos, y de esa forma no ocupar unidades de cuidados intensivos en estos pacientes, si se llegasen a descompensar. Asimismo, sabían que los pacientes con menor gravedad o severidad podían ser hospitalizados desde la atención primaria en sus domicilios, con una visita diaria de médico, enfermera, kinesiólogo, y de esa forma descongestionar hospitales que preveían que podían estar bastante demandados a propósito de esta pandemia.

Que en cuanto a la apertura anticipada, lograron anticipar 16 establecimientos de salud, ya sea SARS, Cecof o Cesfam, y todos poniéndose a disposición de esta pandemia. A cada uno de ellos, sobre todo los que son servicios de urgencia, colaboraron en la atención anticipada, que ayuda mucho al pronóstico de la enfermedad, y de esa forma llevar a cabo un trabajo en conjunto con los alcaldes.

Que se reunieron desde muy temprano con cada uno de los representantes de las tres asociaciones de alcaldes para contarles acerca del diseño en lo que respecta a la atención primaria de este plan de coronavirus. De esa forma lograron llevarlo a cabo bastante bien en atención de urgencia, visita domiciliaria y atención domiciliaria.

Que en cuanto a la coordinación, han tenido que derivar pacientes desde cualquier región del país, incluso cruzando el país completo, como fue el caso desde Calama a Osorno; desde Magallanes hacia Santiago. En ese sentido, siempre teniendo una cama disponible, sobre todo de cuidados intensivos. A la fecha, llevan más de 7.548 traslados, y eso es un aumento muy importante en cuanto a los traslados que normalmente se hacen. Eso se hizo con una unidad de gestión centralizada de camas, que fue creada el 2009, pero que se tuvo que reforzar a propósito de esta pandemia. Ahí están mostradas (en la diapositiva) las derivaciones interregionales, es decir, desde una región a otra. Cabe destacar todo lo que ayudaron las regiones del Biobío y de O'Higgins en las

peores semanas de contagios en la Región Metropolitana, y ahora, también, desde la Región del Biobío, se están trasladando pacientes hacia otras regiones del país, devolviéndoles la mano; asimismo, desde la Región de Magallanes.

Que, sobre las metodologías o las decisiones acerca de estos criterios, hay que considerar que estamos en la peor pandemia de los últimos cien años. Hay que considerar que la forma en cómo llevaban un registro, que afortunadamente venía modificándose a través del Epivigila, obviamente, se ha ido perfeccionando a lo largo de toda esta pandemia, tal como ocurrió con las redes asistenciales. Los hospitales tampoco tenían una cantidad de camas suficientes para atender una pandemia como esta y, tal como se hizo esa modificación, al mismo tiempo, se empezó a dotar con mayores herramientas a todo lo que hace salud pública para llevar el sistema de manera más periódica, o sea, con la información más al día posible y, de esa forma, entregarlo a la ciudadanía, como se estaba exigiendo.

Que no es casualidad tener operativo un sistema como el que se tiene, a propósito de un trabajo que había comenzado el año pasado, el cual ayudó muchísimo a que todas estas mejoras que se han ido haciendo a un sistema como Epivigila, por ejemplo, se pudiese incorporar, dentro de cada caso notificado, el contacto estrecho y de esa forma llevar un mejor registro de todo este proceso de trazabilidad.

Que, como ha dicho la propia Organización Mundial de la Salud, no solo ellos, ha sido la clave para poder contener o bajar la cantidad de contagios. Se refiere a la estrategia de testeos, trazabilidad y aislamientos. Es un trabajo que se ha hecho con la atención primaria, muy intensamente. Han tenido muy buenos resultados en algunas comunas; en otras, tienen que apoyarlos para aumentar los niveles de trazabilidad, de contactabilidad. Pero se trata de un tema en que se debe aprender, pues estamos frente a la peor pandemia que les ha tocado vivir y que ha sido muy cruel. Desde el punto de vista de Redes Asistenciales, reconoce que han tenido errores, pero lo importante es que los hemos corregidos rápidamente para lograr atender a la población en los hospitales y en los consultorios. Nadie podría decir que tenía una varita mágica para saber cómo se iba a desarrollar esta pandemia. Se debe recordar que la información que se tenía en un comienzo era muy escasa, y en la medida en que el virus fue expandiéndose a otros países, sobre todo en Europa, empezaron a tener mayor información y pudieron adaptar la estrategia. Habla, por ejemplo, de los exámenes de PCR.

Que la estructura del Ministerio de Salud es de un ministro, un gabinete y dos subsecretarías. La Subsecretaría de Redes Asistenciales, que está a cargo de la gestión de la red, de los hospitales, a través los alcaldes de las comunas donde se ubican los consultorios de salud; y obviamente, la coordinación de cada uno de los servicios de salud, que tienen patrimonio propio, igual que cada uno de los 65 hospitales autogestionados.

Que, por otro lado, está la Subsecretaría de Salud Pública, que a través de la División de Políticas Públicas y Promoción (Dipol) y de la División de Planificación Sanitaria (Diplas), que son dos de sus divisiones, y el Departamento de Epidemiología, desde donde se hace el recuento y se genera toda la información de los casos de contagios. Tener un sistema habilitado para esta pandemia en que normalmente las enfermedades de notificación obligatoria, como se determinó que sea el coronavirus, son bastante menos frecuentes que esta pandemia donde tenemos más de dos millones y medio de test de PCR realizados, y cada uno de ellos tiene que informarse a través del sistema Epivigila. Y por eso un sistema que estaba acostumbrado a casos de meningitis o de otras enfermedades de notificación obligatoria, pero son de baja frecuencia, se tiene que ir adaptando a las necesidades de esta pandemia. Lo ha dicho el doctor Araos, jefe de Epidemiología, aquí lo que fue ocurriendo es una evolución acerca de cómo se entrega de mejor forma la información hacia la ciudadanía. Esa es la forma como desde el DEIS se ha podido ir perfeccionando la información.

Que, no solo hay que considerar un fallecido, sino todo el proceso; por ejemplo, cuando un médico define un caso sospechoso de una persona, inmediatamente ésta al ser calificada se sube a la plataforma y esa persona se va con una indicación de un examen y el mismo profesional, o la misma institución debe notificar, a través del sistema Epivigila, una vez que el examen PCR tiene resultado positivo. Todo eso, obviamente, desde el Ministerio de Salud, lo han perfeccionado, con el objetivo de que se entregue de la forma más fiable posible, de la forma más rápida posible y de la forma más transparente posible. Tal es así que ahora, además del informe diario, también se entrega un informe de epidemiología. Se entrega los días martes y sábado, y tiene un detalle acerca de la evolución de cada una de las comunas de nuestro país. Todo este proceso obviamente puede ser mejorado.

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha solicitado que se hagan estas recomendaciones que se han ido adoptando en la medida en que se han podido hacer. No todos los países tienen la capacidad que ha tenido Chile, como para llevar este nivel de registro. De hecho, conversó con

una doctora venezolana que trabaja en el Hospital de Punta Arenas, y ella le decía: qué envidia que en este país se fijen en esto, mientras en otros países de Sudamérica hay otro tipo de problemas mucho más graves, como no poder hacer exámenes de PCR o no poder atender a todos los pacientes que lo requieran. La voluntad del Ministerio de Salud, la voluntad de los subsecretarios y del ministro y de los exministros siempre ha sido entregar toda la información de la forma más oportuna posible.

Que el comité de emergencia a propósito del coronavirus, al cual se hizo mención por parte de la diputada Maya Fernández y del diputado Miguel Crispi, es una mesa en la cual participan bastantes personas y van variando de acuerdo con la necesidad de lo que se quiera discutir. Pero, como dijo en una entrevista a la radio Bío-Bío, todas las decisiones se adoptan en forma consensuada. Obviamente, aportan la mayor parte de la información. En su caso, entrega información acerca de la disponibilidad de camas, de la cantidad de funcionarios de salud que se encuentran contagiados y de una serie de otras cosas, como la capacidad de realizar exámenes de PCR, porque obviamente eso ayuda a tomar mejores decisiones de forma consensuada entre quienes integran esa Mesa. A través de su rol como subsecretario de Redes Asistenciales ha podido dar cuenta con mucho detalle acerca de lo que le ha tocado realizar y llevar a cabo a propósito de esta pandemia, pero no puede profundizar sobre un tema que no está dentro de la Subsecretaría. La disponibilidad desde esta Subsecretaría de Redes Asistenciales la tendrán siempre. Entregará toda la información que sea necesaria. Han estado incluso publicando cada vez más información dentro del sitio gov.cl, con el objeto de que la ciudadanía tenga a mano toda la información y no se guíe por algunas noticias que puedan estar malinterpretadas, que al final confunden y dificultan que la ciudadanía se pueda acercar a un centro asistencial de forma segura.

\*\*\*\*\*

**El señor BERMÚDEZ, Contralor General de la República**, expresa que dará cuenta del resultado de dos auditorías relacionadas con la materia, que cree pueden ser interesantes.

En esta presentación se consignan las cifras de personas fallecidas producto de la enfermedad Covid-19. También a la auditoría que hicieron en materia de cifras, en general, que es la base, para luego referirse a la otra auditoría, que está relacionada con las cifras de fallecidos.

Que poniendo esta información en contexto, la pandemia, y lo ha dicho varias veces ante este Congreso y ante distintas comisiones, ha sido un desafío para el Estado. No hay ningún país que haya estado preparado realmente para enfrentar esta pandemia. Incluso, países más desarrollados, que podríamos mirar como ejemplo, frente a esta situación, no lo han hecho mejor que países menos desarrollados. De hecho, en nuestra región, el caso de Uruguay se podría destacar como un ejemplo exitoso de gestión de la pandemia. Otros, también dentro de la región, incluso países de un poco más norte, con mucho más recursos, no lo han hecho tan bien. Enfrentar la pandemia involucra la gestión completa del Estado, y eso también tuvo consecuencias para la Contraloría, cuestión a la que se referirá más adelante.

Que, respecto de las cifras, no es un misterio que ellas han sido cuestionadas en muchas partes. Prepararon, para esta comisión, una especie de *collage* con distintas noticias, con titulares de diferentes medios de comunicación del mundo, que dan cuenta de cómo en muchas partes, en Inglaterra, en España, en Brasil, en China, en México, entre otros países, se han puesto en cuestión los datos que se reportaban o la forma en que se contabilizaban los contagiados y los fallecidos. Eso nos da una idea de lo difícil que puede llegar a ser realizar esta función.

En este contexto, para ser totalmente transparentes con la comisión, también debe decir que, en su momento, el Ministerio de Salud les pidió que auditáramos las cifras. En realidad, modificamos nuestra planificación de auditorías, pero fue el propio Ministerio el que les pidió que revisáramos lo que ellos estaban haciendo en materia de cifras.

Que, dentro del contexto de adaptación del Estado a la pandemia, la Contraloría también se hizo lo suyo. Tuvieron que hacer una adaptación en la planificación de las auditorías. Estas se planificaban normalmente a fines del año anterior. Si estuviéramos a fin del año pasado y uno se preguntara qué podría auditar la Contraloría en 2020, uno se hubiese imaginado a las municipalidades, porque para este año estaban previstas las elecciones municipales. Tenían todo un plan de auditoría en el mundo municipal, que era muy importante realizar, sobre todo en el primer tercio del año, para efectos de detectar probables déficits. Eso se tuvo que cambiar totalmente. Se enfocaron, sobre todo, en fiscalizaciones que dijera relación con Covid-19, desde el punto de vista de la infraestructura, de las adquisiciones, de la entrega de beneficios y, por supuesto, de las cifras.

Eso también significó un cambio en la forma en que hacen las auditorías. La mayor parte del trabajo se hace tratando de utilizar fuentes, bases de datos y aplicando tecnología, y eso fue lo que hicieron en materia de cifras, y también tratando de entregar lo antes posible las observaciones a los servicios, en este caso al ministerio, para efectos de que ellos implementasen acciones de corrección, que es lo que creen que ocurrió en este caso, o por lo menos parcialmente.

En particular, respecto de los datos que se han utilizado, los que provienen del sistema Epivigila, realizaron dos auditorías, o una, que se abre en dos partes, que se basa en el uso de tecnologías de la información y que dan cuenta de algunos resultados que va a mostrar.

Esto, y aprovecha de pasar un pequeño aviso, la Contraloría viene trabajándolo más o menos desde el año 2017; me refiero al uso de sistemas de información. La auditoría que hace la Contraloría permite auditar sobre la base del manejo o del uso de datos masivos; es decir, de grandes cantidades de datos. Por lo tanto, si la metodología de las auditorías consistía en que se tomaba una muestra de los contratos, hoy día la Contraloría puede auditar todos los contratos en un determinado servicio. Por ejemplo, una auditoría típica que hacíamos tenía que ver con los permisos de circulación. La Contraloría se constituía en la municipalidad y tomaba una muestra de permisos de circulación, para determinar si estaban bien otorgados o no. Hoy día, esa muestra es el total de los permisos de circulación, y así sucesivamente. Y esto es mucho más que el uso de una planilla Excel; esto significa el uso de sistemas mucho más robustos. Lo han denominado sistema integrado de información de la Contraloría. Y esto les permite, desde el punto de vista de las cifras, accediendo a las bases de datos, les permite obtener otro tipo de información, no solo respecto de los casos de contagiados, sino también de la presión que se genera desde el punto de vista hospitalario, a partir del número personas que están internadas en las camas UCI, o del número de médicos que están trabajando en una determinada región. Esa información les permite, sobre todo, agudizar mejor el ojo, para saber dónde tienen que ejecutar la acción de fiscalización.

Desde el punto de vista de las fiscalizaciones relacionadas directamente con Covid-19, en este momento están llevando a cabo 278. Lo que figura en esta presentación, marcado en el rectángulo rojo, dice relación con registro y estadísticas epidemiológicas, que tiene dos áreas. Hay otras áreas muy importantes, que son las que dicen relación con las compras que se han hecho, con la infraestructura -es el caso de Espacio Riesco- o con el pago

de beneficios sociales. Esto ha significado muchísimo trabajo y un compromiso tremendo por parte de los auditores de la Contraloría. Muchas de estas acciones también hay que realizarlas en terreno. Muchas validaciones implican ir al lugar; por ejemplo, si hay compra de bienes, como los ventiladores, uno puede revisar remotamente, pero también tiene que ir a verificar, en terreno, si lo que está en esa caja es un ventilador.

Entonces, como ustedes tal vez ya están concluyendo, la Contraloría ha permanecido muy activa, sobre todo en tiempos de pandemia. Yendo a la auditoría sobre cifras, tienen dos ámbitos. En primer lugar, la auditoría que se está haciendo a partir de cifras de contagiados; cifras de personas desgraciadamente fallecidas; auditorías de la trazabilidad, en relación con la personas contagiadas, y del sistema Epivigila, en cuanto a sistema informativo. De esos cuatro ámbitos de la auditoría -en realidad, son cuatro auditorías distintas, que resumen en una-, hay dos que ya están terminadas. El informe final lo va a presentar ahora a la comisión, sobre cifras de contagiados y fallecidos ya está despachado: por un lado, están los contagiados y, por otro, los fallecidos.

Está en curso la auditoría sobre el sistema de trazabilidad que están planificando -están juntando la información- para hacer la auditoría respecto del sistema Epivigila. Y forma paralela se está ejecutando una auditoría al Instituto de Salud Pública respecto de las medidas que se han utilizado para el monitoreo y control de la recepción, la toma de muestras y la entrega de resultados de exámenes de la covid-19.

¿Cuál es la conclusión que uno tiene que sacar de acá? Quisiera destacarlo, por todo lo que se ha cuestionado a la Contraloría en el último tiempo respecto de sus facultades.

La Contraloría, básicamente, es un organismo que vela por el cumplimiento normativo en todas sus actuaciones. Llámese la función jurídica, la toma de razón, auditorías -que es lo que ahora va a presentar- y sumarios administrativos. Por lo tanto, lo que siempre están haciendo es velar porque se cumpla con la normatividad. Esa normatividad no es solo la ley, sino también las normas internas de los propios servicios que habitualmente se denominan como protocolos de actuación. Por consiguiente, lo hace la Contraloría y está dentro de su competencia.

Nada de esto podría estar presentando hoy si, por ejemplo, no pudiéramos comprobar si los protocolos que el propio ministerio cedió para efectos de contabilizar los fallecidos o los contagiados no pudieran ser

verificados por parte de la Contraloría. Esto es parte del ADN de un órgano de control externo como la Contraloría.

En cuanto a los informes de cifras de contagiados, en la lámina podemos observar el oficio final N° 283-A –es A, porque hay uno B, C y D-. Básicamente, esto se refiere a cifras de contagio.

¿Cuál fue el objetivo de la auditoría?

Comprobar que la información relativa a la cantidad de casos contagiados con la covid-19 que estaba registrada en el sistema de Registro Alerta y Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria, que se conoce como Epivigila -nombre que a lo largo de toda la exposición se va a repetir mucho, sea fidedigna e íntegra y que se hayan adoptado las medidas de control para el ingreso, procesamiento y reportabilidad de los datos, de manera de determinar si los resultados comunicados oficialmente por el Minsal –9 de junio de este año- correspondían a los reportes de los distintos intervinientes para la obtención y consolidación de esa información a nivel nacional.

Ese es el objetivo: veracidad de la información que se utilizaba y si esto se reportó el 9 de junio de este año.

Obviamente, hay un contexto normativo y el marco de alerta sanitaria lo está dando el decreto N° 4, con fecha 5 de febrero. Un decreto de alerta sanitaria permite facultades extraordinarias para el Ministerio de Salud, dentro de ellas está la del Minsal para efectuar la vigilancia y evaluar la situación de salud de la población, para lo cual debe mantener un sistema de vigilancia epidemiológico y un control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y obviamente investigar los brotes que se puedan producir.

Ese es el ámbito de competencia y esto le corresponde al Ministerio de Salud. Esto se basa en el sistema Epivigila que tiene por objeto el registro y vigilancia de los casos de enfermedades de notificación obligatoria. Este es un sistema que no era solo para la covid-19, sino, en general, para aquellas enfermedades que se definen así como de notificación obligatoria y que todos los centros de salud deben utilizar para poder reportar la ocurrencia de estas enfermedades.

La idea es que este sistema entregue información en tiempo real al Ministerio de Salud. Para ello, juegan un rol las seremis de Salud, que son quienes recolectan la información de una determinada enfermedad, por ejemplo, covid, y después pueda ser interpretada y permita la toma de decisiones sobre planificación, implementación y evaluación de medidas sanitarias orientadas a proteger la salud de la población.

Esto está así definido en una norma del decreto supremo N° 7 del año pasado, que aprueba el reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria y su Vigilancia. Es decir, es el reglamento del año pasado el que le da sustento legal –es una actualización de una regulación anterior- al sistema Epivigila.

¿Cómo funciona el sistema, a partir del dossier que tiene para el funcionamiento del mismo el Departamento de Epidemiología?

Esto se hace a través de notificaciones que deben hacerse a un delegado de epidemiología. Los laboratorios clínicos que pertenecen a un establecimiento asistencial, por ejemplo, deben comunicar el resultado a ese delegado de epidemiología o, en algunos casos, que los laboratorios clínicos informen el resultado a un establecimiento de salud o a un profesional que ha solicitado el examen para luego remitirlo a este delegado de epidemiología, quien es el responsable de validar esa notificación, por ejemplo, que se haya notificado por la persona competente, que estén completos los datos y esto, a su vez, se remite en el sistema al Ministerio de Salud.

Aquí juega un rol clave el Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud, quien debe llevar adelante este sistema, notificarlo y, obviamente, saber cuál es el número de casos positivos y negativos.

El ministerio, a lo largo de este año, desde el punto de vista de los recortes que se tenían que hacer en este sistema y para los laboratorios, fue adoptando distintas medidas que, en el fondo, las tuvo que ir ajustando -y eso está bien- porque la pandemia, lejos de cesar, iba empeorando.

Así, en primer lugar, en un oficio del 30 de enero, ambas subsecretarías del Minsal, Salud Pública y Redes Asistenciales, definieron nuevas líneas de acción y se establecieron las pruebas de laboratorio para la covid-19. Para ello se definió que solo deberían considerarse a los pacientes como sospechosos y después se remitía al ISP, que era el único laboratorio que en ese momento operaba para hacer el examen de PCR. Luego, esto se complementa, el 6 de marzo, a través de un correo electrónico para recibir notificaciones por parte de todos los laboratorios en casos sospechosos de covid-19 en formato PDF. Esto es bastante relevante, porque da cuenta de algunas fragilidades que tiene el sistema, porque el PDF, en el fondo, es un archivo plano que no permite su análisis en cuanto a datos.

El 19 de marzo se oficializó a nivel nacional que todos los laboratorios comenzaran a enviar los resultados en planillas estandarizadas

que se habían dispuestos y estas se regularizaban enviándose la información al nivel central. Posteriormente, en los oficios ordinarios N° B51 y N° 2014, de 29 de mayo, de ambas subsecretarías, se impartieron instrucciones a todos los laboratorios certificados en la técnica PCR para que remitieran el reporte estadístico de laboratorio y la planilla de resultados ahora en formato Excel, lo cual permitía poder acumularlos más fácilmente y mejor que en PDF.

¿Cuáles son las observaciones que se detectan? Esta auditoría tiene tres grupos de observaciones. En primer lugar, menor número de casos informados como contagios; en segundo lugar, casos confirmados, pero no reportados; y, en tercer lugar, inconsistencias en los registros. La primera observación es menor número de casos informados por el ministerio como contagios de covid-19.

Aquí se hace un cruce de datos entre el sistema Epivigila -que tiene el ministerio- con los casos confirmados de covid-19, que es la información que tiene el ministerio con la información que, a su vez, remitían todos los laboratorios al Ministerio de Salud. Es decir, por un lado, está lo que establecía el sistema Epivigila y, por otro, los reportes -por así decirlo- de los exámenes que remitían los laboratorios al ministerio. Por lo tanto, se determinó -y es la conclusión- que al 8 de junio hubo una cantidad de casos confirmados mayor a aquella que luego fue reportada a la ciudadanía.

Así, si uno ve la tabla -esta es una foto de la tabla que está en el propio informe que se despachó al ministerio-, en primer lugar, tenemos los casos confirmados con PCR, según los laboratorios. O sea, si se suma todos los exámenes positivos de laboratorios a esa fecha, llegaba a 173.331.

Luego, estaban los casos clínicos confirmados en el sistema Epivigila, es decir, el propio sistema del ministerio, pero sin examen de laboratorio. Por ejemplo, por un examen clínico que hacía el propio médico que caracterizaba a esa persona como enferma de covid-19; a su vez, estaban los casos clínicos confirmados también en Epivigila, pero ahora con exámenes, pero que este había sido negativo.

Entonces, esa suma, que es el supuesto 1, que son todos los informados positivos, más el supuesto 2 que son todos los confirmados pero sin examen de laboratorio, más el supuesto 3 que son todos los confirmados por el médico en Epivigila, pero con examen negativo, daba un total de 177.301 casos.

Ahora bien, en el corte de ese día, que fue el 8 de junio, se reportan 142.759 casos, al 9 de junio de 2020; es decir, hay una diferencia de 34.542 casos entre lo que detecta la Contraloría y lo que informa el ministerio.

¿Por qué ocurrió esto? Porque en los reportes que entregaba el ministerio se efectuaban solo tomando como base los casos que eran notificados en el sistema Epivigila, o que se basaban en un PCR positivo, pero no se consideraban los casos en que el médico había solicitado el examen y no lo había notificado en el Epivigila, o personas que se efectuaron el test sin tener la orden médica. Entonces, ese es el origen de esa gran diferencia.

Por lo tanto, la consecuencia de lo anterior es que, si Epivigila no tiene todos los casos, hay una imposibilidad de hacer un control efectivo de todas las personas contagiadas, para efectos de disponer medidas de fiscalización, confinamiento o de seguimiento de todas esas personas y de sus contactos estrechos.

Luego, la Subsecretaría de Salud Pública, en la respuesta del 16 de junio, después de la emisión de nuestro primer preinforme en la materia, incorporó al reporte diario 31.412 nuevos casos. De hecho, si uno viera un gráfico por día, se daría cuenta de que en esa fecha el gráfico tiene un tremendo salto, que son los 31.412 casos que se tuvo que agregar a los reportes.

Bien, la Subsecretaría de Salud Pública señala que se cotejaron los 177.301 casos informados por la Contraloría como contagiados, con el total de casos reportados a la ciudadanía el 25 de junio, varios días después, constatándose que 173.302 estaban considerados en el informe de ese día. Aún así, mantenían una diferencia de casi 4.000 casos, porque ellos, considerando los casos confirmados con PCR positivo según los laboratorios, llegaron a 173.331 casos el 8 de junio. El Ministerio de Salud, empleando ese mismo dato, consideró solo 171.850 al 25 de junio, es decir, 16 días después.

Desde el punto de vista de los casos clínicos confirmados según Epivigila, pero sin examen de laboratorio, llegaron a 3.388 casos; el Ministerio de Salud, a 1.320, con la diferencia de 2.068.

Respecto de los casos confirmados en Epivigila con examen negativo, establecieron 582; el Ministerio de Salud, 130. Por lo tanto, todavía existía una diferencia al 25 de junio, aunque en fechas distintas, de 3.999 casos.

Luego, hay un grupo de casos confirmados en el sistema Epivigila no reportados, es decir, casos que efectivamente están con los elementos que ha señalado: PCR positivo e incorporados en el sistema por parte

del médico. Se constató que existen 6.067 casos en que, a pesar de estar confirmados en el sistema, no fueron o no formaron parte del reporte del día 9 de junio, tomando como fecha de corte el 8 de junio.

Entonces, tenemos los casos confirmados en el sistema Epivigila con examen de laboratorio positivo, que no están en el informe, que son 357. Después, están los casos confirmados en el sistema Epivigila con examen de laboratorio negativo, pero que están omitidos, a pesar de que clínicamente pudieron estar informados como casos activos. Por último, casos confirmados en el sistema Epivigila sin examen de laboratorio y no reportados, 4.836. Eso da una diferencia de subreporte de 6.067 casos.

También, hay algunas inconsistencias –esta es la tercera observación- no en el sistema, sino que en los registros mismos y en las bases de datos que utiliza el Ministerio de Salud. Hay casos duplicados, que fueron dos; casos sin identificación, 5; casos confirmados por la autoridad, 582, pese a que figuran en las bases de datos de los laboratorios con PCR negativo o resultado inválido, por lo que en esos casos, probablemente primó el examen clínico. Estos casos están mal registrados, pero pueden haber estado bien reportados por Epivigila.

Ahora, desde el punto de vista de los reportes de los laboratorios, de acuerdo con las instrucciones originales del Ministerio de Salud, en un inicio se reportaban los informes del laboratorio en formato PDF; luego, esto se cambió a Excel. Esto es muy importante, porque, si uno se da cuenta, la tecnología utilizada fue bien rudimentaria. En el fondo, PDF es una especie de foto y Excel es un formato que es muy útil, pero que no da certeza de su fidelidad, porque puede ser fácilmente modificado.

Entonces, al no existir un sistema que procesara la forma de recabar toda la información, se generaron probablemente estas diferencias en las planillas. Por ejemplo, en los reportes desde los laboratorios, hubo problemas con el “campo RUT”, como aparece allí, ya que no aparece con RUT, o sea, no tiene RUT, están sin datos o aparece algún tipo de error. En el caso de “nombre completo”, no hay un nombre completo llenado o en el nombre completo asociado a más de un RUT, 14.732 casos. La verdad es que esto demuestra en parte también la falibilidad que tenía el sistema de reporte por parte de los propios laboratorios.

También, dentro de esta última observación de inconsistencia en los registros, se detectó en la auditoría un problema con la notificación por parte de los médicos. El sistema Epivigila, como ustedes sabrán

probablemente, se basa en que el médico actúe como una especie de notificador –si es que existe la palabra-. Al utilizar ese perfil, él llena los campos necesarios en donde debe señalar si la persona tiene la sintomatología y un PCR positivo o negativo. El problema es que hubo profesionales que no llenaban o no cumplían con esa exigencia. No lo hacían oportunamente.

Asimismo, detectaron que 135 personas tenían perfil de notificadores en Epivigila sin que fueran prestadores de salud, es decir, dado que solo los médicos pueden ser notificadores, había otras personas que también podían hacerlo. Esto fue resuelto porque, con ocasión de la pandemia, se contrató a médicos que no tenían Eunacom, los cuales en principio, en una situación normal, no podrían actuar como prestadores de salud, por lo menos no en el sistema público, pero en la situación de alerta sanitaria sí podían hacerlo. Eso respecto de cifras de contagiados.

Luego, viene el Oficio N° 283-B, que se refiere a las cifras de fallecidos. Esto obviamente es la parte más sensible de la presentación, ya que dice relación con el objeto directo de la Comisión.

Hay varias fuentes de información que sirven para monitorear las defunciones. Todo esto llega a un repositorio común, que es una planilla consolidada de las defunciones covid-19. Están los reportes de los laboratorios, está la plataforma de monitoreo de fallecidos del Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública, las planillas de reportes de defunciones desde la regiones, los certificados médicos de defunción del Registro Civil, la planilla diaria de reportes de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas y el subsistema de comunicación inmediata de defunciones relacionados con covid-19. Todo esto debía nutrir aquella planilla para entregar el dato de las personas fallecidas.

La auditoría tiene por objetivo, entre otros, comprobar la información relativa a la cantidad de casos de fallecidos reportados por la autoridad de salud, asimismo, corroborar que esta información sea fidedigna, íntegra y que se hayan adoptado las medidas de control para el ingreso, procesamiento y reportabilidad de esos datos de fallecidos, de manera de determinar si los resultados comunicados oficialmente por el Ministerio de Salud - aquí tomaron dos fechas: 10 de junio y 23 de julio- correspondían con los reportes que se habían conseguido o se habían obtenido para poder consolidar esa información. Ese es el objetivo a dos fechas, como acaba de decir, 10 de junio y 23 de julio.

Desde el punto de vista de las observaciones, una de las principales es que se constata un número menor de fallecidos por covid-19, informado oficialmente por el Ministerio de Salud el 10 de junio de 2020.

¿De dónde sacamos la información como Contraloría? Es bien importante que esto se diga de la manera más clara posible. ¿Cuáles son las fuentes que tomaron para llegar a este número de fallecidos en contraste con lo informado por el Ministerio de Salud, que tiene una diferencia? En primer lugar, tomaron los fallecidos con causa covid-19 según la base de datos del Registro Civil. ¿Qué quiere decir esto? El sistema revisor considera todas las bases de datos del Registro Civil que tuviesen atribuida como causa de muerte covid-19. Aquí, se debe decir -esto es bien relevante también- que buscaron como covid-19, como coronavirus, como sars-cov-2, como covid. Esto como criterio de búsqueda es más amplio que si uno pone solo la expresión textual covid-19. Por lo tanto, los siguientes datos son casos confirmados de covid-19: 3.502 personas.

Luego, dentro de la misma base de datos, buscaron aquellos que estaban reportados como causa de fallecimiento probable o sospechosa de covid-19 y eso dio 860 casos.

También utilizaron la base de datos del Registro Civil para buscar a todas aquellas personas que tuvieran como causa de fallecimiento una enfermedad respiratoria, por ejemplo, neumonía, pero que tuvieran, en el sistema Epivigila, un PCR positivo o que estuvieran confirmados como covid-19 en el mismo sistema. Eso nos dio 255 casos.

Asimismo, buscaron personas que aparecían con ese mismo PCR positivo o que estaban confirmados de covid-19 en Epivigila, pero que en la causa de muerte no decían relación con una enfermedad respiratoria, por ejemplo, una persona que en cuyo certificado de defunción aparecía falla multisistémica o un paro cardiorrespiratorio. En este caso, se dejan fuera a todas las personas cuya causa de muerte hubiese sido suicidio, o trauma, o algún tipo de herida penetrante en un homicidio, etcétera. Entonces, eso arrojó un total de 4.765 fallecidos al 9 de junio, pero lo reportado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con las bases de datos utilizadas, pero que no tuvieron a la vista, fue de 2.475 fallecidos. Es decir, ese mismo día hubo una diferencia de 2.290 defunciones.

En el oficio B1 N° 3.220, de 7 de agosto de 2020, la Subsecretaría indicó que el criterio utilizado para contabilizar a los fallecidos consideraba, como condición indispensable, que en la glosa del certificado de defunción se indicara expresamente el término “covid-19” como causa de muerte

y, además, que el resultado del examen PCR fuera positivo. Por eso se llegó a la cifra de 2.475 fallecidos. Como señaló, la búsqueda de la Contraloría General de la República no solo fue respecto del término “covid-19”, sino también en torno al coronavirus y SARS-coV-2, lo que, obviamente, les llevó a esa gran diferencia en el reporte.

Asimismo, los reportes oficiales entregados diariamente por el Ministerio de Salud presentaban información parcial respecto de los fallecidos por la covid-19, porque no se consideraron los criterios utilizados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), a pesar de que, de acuerdo con sus atribuciones, le corresponde llevar las estadísticas oficiales en salud.

¿Qué ocurrió en la segunda fecha de corte, que fue el 23 de julio de 2020? Dado que el 17 de julio el Ministerio de Salud hizo un cambio de criterio, al 23 de julio comenzaron a considerarse las cifras registradas por el DEIS. Eso se hacía como una búsqueda intencionada de reclasificación de defunciones a través de la combinación de resultados obtenidos de test PCR positivo o negativo, no concluyente o sin examen, y de los registrados en el sistema Epivigila como confirmados, descartados, sin notificación o sospechosos. Por lo tanto, en el reporte del 17 de julio el Ministerio de Salud agregó 1.057 decesos a causa de la covid-19. Este cambio de criterio permitió hacer un nuevo reporte, considerando los datos al 23 de julio de 2020.

¿A qué se llegó a partir del cambio en la metodología de los reportes ocurrido el 23 de julio? A esa fecha había 8.838 fallecidos confirmados con la enfermedad y 4.176 decesos sospechosos o probables. Es decir, ese día hubo un total de 13.014 defunciones. Hasta la fecha, los decesos sospechosos o probables solo se incluyen en el anexo del informe semanal de defunciones por la covid-19, pero no se reportan día tras día. Obviamente, eso tiene incidencia en la tasa de letalidad, porque si solo se considera el informe epidemiológico con los casos confirmados, se obtiene una menor cantidad de fallecidos que sumando los casos probables. Esto tiene cierta relevancia, porque hay más o menos un punto porcentual de diferencia en promedio en la tasa de letalidad; es decir, se pasa de 2,3 a 3,3 por ciento, si solo se consideran los fallecidos confirmados o probables. De manera que se constata que para el cálculo de la tasa de letalidad se incluye a los fallecidos confirmados y probables, pero ello solo se considera en el informe epidemiológico que se hace una vez a la semana. Esto no permitiría una interpretación armónica de las cifras, porque, por un lado, se tienen los casos confirmados y, por otro, los casos sospechosos o

probables. Ese es el criterio adoptado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reportar el número de fallecidos.

Ahora bien, ¿cuál es el origen de esas diferencias? Desde el punto de vista del reporte, las diferencias se deben básicamente a que, mediante el sistema Epivigila y con los certificados de defunción, se buscó a personas con causa de fallecimiento por la covid-19 y con el examen PCR positivo. Como indicó, esa situación fue subsanada en el anexo del informe epidemiológico que el DEIS hace semanalmente.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, las defunciones se deben especificar como muertes confirmadas -código U07.1- y muertes sospechosas o probables -código U07.2-.

¿Cuáles son sus conclusiones? Primero, que el uso de tecnologías es cada vez más importante para todas las actividades que realiza el Estado y, en general, en toda actividad humana. Han logrado aplicar esas tecnologías en esas dos auditorías, que implican sistemas informáticos más o menos robustos y bases de datos. Claramente, los *softwares* juegan un rol importante, sobre todo si se utilizan para el análisis masivo de datos. Y segundo, es muy importante contar con funcionarios capacitados. Todavía están creando esa capacidad, por lo tanto es una obra en construcción.

Finalmente, la pandemia nos ha dejado un tremendo escenario de incertidumbre y ha develado las debilidades que tiene el Estado. Por lo mismo, concluyeron que es necesario contar con instituciones más modernas, robustas y que puedan actuar de manera más coordinada.

Los dos hechos objetivos son un subreporte de contagiados en un determinado momento, y un problema con la cifra de fallecidos en ese mismo momento. Esos son los dos hechos, y a partir de ahí se producen consecuencias porque se tomaban decisiones a partir de esas cifras.

Ahora bien, ¿cuáles son las cifras que utilizó el Ejecutivo para adoptar medidas en ese momento? ¿En que se basaba La Moneda para adoptar las decisiones que tomó?

La verdad es que no lo sabe, porque esa información no fue objeto de la auditoría; no estaba dentro del alcance de las cosas que ellos revisaron.

Obviamente, desde el punto de vista de la responsabilidad y de las competencias, por el propio decreto de alerta sanitaria y por la propia delegación que dio el carácter de ministro coordinador al ministro de

Salud respecto de otras carteras, quien tiene la voz de coordinación y de canalización de las decisiones es el Ministerio de Salud, con el ministro y los subsecretarios a la cabeza.

Desde el punto de vista de cuál es la explicación de por qué se hizo la búsqueda de acuerdo con un parámetro o no, la verdad es que tampoco puede decir por qué solo se buscó con covid-19 y no se buscó con coronavirus o SARS-CoV-2 o solo covid. Eso es algo que tal vez después se pueda aclarar por quienes estaban elaborando las estadísticas.

En cuanto al número mismo, hoy la Contraloría General de la República con el DEIS no tiene diferencia. Es decir, respecto de los fallecidos no tienen diferencias en cuanto al número. El DEIS reporta de acuerdo con los parámetros que pensaron que son los correctos, de acuerdo con la auditoría y con los ajustes que se hicieron a lo largo del trabajo del propio DEIS.

Que en esa cifra se ponga un asterisco para distinguirla como sospechosa y que luego se incorpore no todos los días, sino que al final de cada semana en el informe epidemiológico, es una decisión de la autoridad. No es una decisión del departamento ni de la propia Contraloría, pero esa cifra tiene incidencia en las tasas de contagiados por millón y en las tasas de fallecidos que han visto.

El 9 de junio fue un día clave, porque fue el día de corte que tomaron y ahí se detectó esa gran diferencia de contagios, los 30.000 contagios, y la diferencia en la cifra de personas desgraciadamente fallecidas.

No quiere aparecer como una persona que no tiene una cierta empatía con lo que está pasando, pues uno habla de cifras, pero realmente estamos hablando de personas que fallecieron, de 13.000 familias que en ese momento habían perdido un ser querido, y en la Contraloría tuvieron que acompañar a varias personas en su duelo, desgraciadamente a la distancia, por la pérdida de familiares fallecidos a consecuencia de la enfermedad.

Entonces, es exacto que ahí hay una fecha clave, y esa fecha clave significó un ajuste en el número de contagios. Por eso dijo que si se mira el gráfico de número de contagiados ese día hay un salto, que pareciera corresponder a un error estadístico, pero no es así, sino que simplemente hubo que agregar esos 30.000. Pero aún así mantuvieron una diferencia en las cifras, y luego el cambio metodológico en el conteo del número de fallecidos.

Se mantiene la diferencia y no sabe la razón. Contrastaron a partir de bases de datos. Las bases de datos son muy claras.

Primero, el Servicio de Registro Civil e Identificación, sobre todo con todos los certificados de defunción de este año, y eso no se puede hacer sin tecnología y sin acceso a bases de datos, dos elementos muy importantes a tener en cuenta desde el punto de vista del rol de una institución como la Contraloría General de la República.

Segundo, lo informado por los laboratorios. Antes, incluso, sin considerar el ingreso a Epivigila, todo lo informado por los laboratorios y todos los certificados -a estas alturas ya son varios millones- de los laboratorios por exámenes de PCR.

Luego, el contraste de todo eso con lo que está en Epivigila fue un trabajo muy técnico que arrojó estas diferencias, pero si bien el número de fallecidos con DEIS está totalmente cuadrado, desde el punto de contagiados hay diferencias todavía, pero no sabría explicar por qué tienen esa diferencia.

Respecto de 1.600 personas que obtuvieron permisos individuales de desplazamiento estando contagiadas, ese es un problema de la Comisaría Virtual. Hicieron también una auditoría en Comisaría Virtual, a propósito de la información que ahí estaba, y esa fue una de las validaciones que hicieron, y encontraron esa observación precisamente.

Ese es un problema de la Comisaría Virtual y de que los sistemas no estaban preparados para esta demanda de personas solicitando permisos. Se debe recordar que en algunos fines de semana se piden más de un millón de permisos. Fue una demanda demasiado grande para un sistema que tuvo que tener salida muy rápida.

En el informe levantamos esa observación de subreporte de 30.000 contagiados, no tanto por un afán de encontrar diferencias, sino porque efectivamente esa era la información que tomaba la autoridad para adoptar decisiones, como confinamiento, cuarentenas o levantar algún determinado confinamiento; pero también decisiones sobre distribución de recursos. Esa es una información que podría –hubiese sido interesante- haberse utilizado en su momento. Esa es la realidad.

Expresa, finalmente, que no quiere que quede la sensación de que es una crítica, porque también hay que ponerse un poco en el lugar. Por ejemplo, ellos en Contraloría todavía están con teletrabajo. Cabe preguntarse, entonces, cuándo comenzamos el plan para que la gente empiece a trabajar presencialmente. La verdad es que cuesta tomar esa decisión, porque

estamos basando esa decisión en información de la cual carecen. No se sabe cómo va a comportarse la enfermedad, o de qué manera nos puede afectar.

\*\*\*\*\*

**La señora DAZA, Subsecretaria de Salud Pública,** expresa que, a modo de antecedente, la muerte es el hecho vital que refleja con mayor fuerza el impacto de una determinada patología en la población. Además de los aspectos legales que conocemos que están involucrados, una certificación médica de la causa de muerte rápida y precisa es esencial para los fines de la salud pública, ya que favorece una adecuada planificación sanitaria y la asignación de recursos acorde a los diferenciales de mortalidad identificados en la población.

En relación con el sistema de estadísticas vitales es importante decir que en Chile este sistema es continuo, obligatorio y centralizado. Este se encuentra organizado bajo el marco de un acuerdo interinstitucional respaldado por un convenio tripartito que data de 1982. Este convenio ha sido actualizado en 2012, por el decreto N° 68, y la adenda de 2018.

¿Cómo está conformado este convenio tripartito de sistemas estadísticas vitales? Está conformado por el sistema del Registro Civil e Identificación, por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

En relación con eso, la recolección de la información de los hechos vitales para cada uno de cada año calendario tiene un periodo de 15 meses de duración, en el cual el DEIS cierra su año estadístico el 31 de marzo del año siguiente, iniciándose de esta forma el proceso de validación de la base de estadísticas vitales en conjunto con el INE.

De acuerdo con las etapas generales del proceso, las responsabilidades de recolección y la validación de los datos, se consideran los siguientes actores, cada uno de ellos con sus funciones específicas y responsabilidades: El Servicio de Registro de Servicio Civil e Identificación es el responsable de entregar las partidas del certificado médico de defunción y estadísticas de mortalidad fetal a los establecimientos de salud, al Servicio Médico Legal y a los médicos en ejercicio de libre profesión. Además, el Servicio de Registro Civil e Identificación es el encargado de recolectar los datos de identificación, la caracterización sociodemográfica y de salud y, también, todos los

hechos vitales que están registrados en las oficinas del Registro Civil del país. Esta información es enviada periódicamente al Ministerio de Salud.

Con respecto al Departamento de Estadísticas e Información de Salud, conocido como DEIS, es responsable de la codificación de la causa básica de defunción y, adicionalmente, a partir de 2018 en adelante, se inicia la codificación de la causa múltiple a las defunciones.

En cuanto al Instituto Nacional de Estadísticas, es responsable de validar las variables sociodemográficas y generar el anuario de las estadísticas vitales. Todo lo anterior no implica que durante el desarrollo del año en que se dispongan las estadísticas -hay que recordar que este es un año calendario- de los hechos vitales para su gestión, puedan ser utilizadas para la toma de decisiones o la vigilancia epidemiológica.

Es fundamental e importante considerar que mientras más recientes son las cifras, es decir, más cercanas a la fecha, estas son más sensibles a actualizaciones o rectificaciones posteriores. Las estadísticas de causas de muerte se estiman en base a información que está registrada en el certificado médico de defunción que todos conocen, documento que en Chile tiene el carácter de obligatorio para fines de sepultación o cremación.

Para garantizar el cumplimiento de criterios de calidad establecidos a nivel internacional, esas estadísticas deben ser sometidas a un riguroso proceso de validación, lo que, unido al proceso de inscripción del fallecimiento en el Servicio de Registro Civil e Identificación, se traduce en un desfase entre la ocurrencia del hecho y la publicación de las estimaciones, por los tiempos que deben transcurrir en este proceso.

En el contexto de una emergencia sanitaria, tal como ha sido y es la pandemia por la covid-19, que ha azotado fuertemente a nuestro país y al mundo, este proceso debe agilizarse manteniendo la precisión y la confiabilidad de la información, de manera de obtener estimados provisionales que ayuden a enfrentar de mejor manera la emergencia.

Luego del proceso de validación, recientemente mencionado, estos estimados provisionales pueden sufrir modificaciones. Así, los estimados sufren modificaciones tanto en el contenido como en la cantidad de los datos recolectados especialmente para el período más reciente, por lo tanto no deben considerarse comparables con los datos finales que informa el DEIS luego del cierre del año estadístico.

Respecto de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, cual es el objetivo de esta comisión investigadora, fue descrita por primera

vez a fines de 2019 en China y declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020, es decir, dos meses después de iniciados los primeros casos.

Como parte de las respuestas frente a la pandemia, el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile implementó de manera muy temprana una serie de medidas para realizar una vigilancia epidemiológica adecuada. Uno de los puntos contemplados en esta vigilancia fue el registro y la posterior comunicación a la población del número de fallecidos debido a la covid-19.

Para entregar información válida, oportuna y que permitiera una comunicación de riesgo adecuada, se implementaron sistemas de recuento de fallecidos que pudieran informar diariamente el estado de la situación, registros que hasta ese momento no teníamos implementados a un sistema.

Estos sistemas, registros provisionales, se fueron adaptando a la realidad de la pandemia a nivel nacional, en la medida en que se iba contando con mejores capacidades técnicas –y quiero ser muy enfática-, sin interferir nunca, en ningún momento, con el correcto funcionamiento de los registros de estadísticas vitales formales descritos. Es decir, tanto las inscripciones de fallecimientos en el Registro Civil como la asignación de la causa básica de defunciones en el DEIS no sufrieron modificaciones de ningún tipo debido a la pandemia, manteniéndose siempre los estándares nacionales e internacionales de primer nivel y ajustados a las directrices que nos dicta la Organización Mundial de la Salud.

¿Cuáles fueron los sistemas que se fueron implementando y perfeccionando? En cuanto al primer nivel –como ustedes recordarán, los primeros casos ocurrieron el 3 de marzo y el primer fallecimiento después del 20 de marzo-, el primer sistema de reporte inicial se hizo entre marzo y mayo de 2020. Dicho sistema implementado se basó en el reporte diario de fallecidos que se iban produciendo a nivel regional por parte de cada una de las seremi del país, a las cuales se les pidió recolectar la información a través de los servicios de salud, primero, a través de llamados telefónicos, cuando era factible hacerlo según el número, y, luego, a través de una plataforma electrónica, con el fin de tener un mejor nivel de reporte. En la medida en que el número de fallecidos fue aumentando, el sistema no fue capaz de capturar la totalidad de los fallecidos diariamente debido a la covid-19, con confirmación de laboratorio, por lo que se dejó de lado una vez que se contó con un sistema más sensible, con el cual no contábamos hasta ese momento.

El segundo sistema que se empezó a implementar en mayo, cuando ya pudimos contar con más información a través de un sistema más sensible, se estableció para mejorar la capacidad de captura de los fallecidos debido a la covid-19, con confirmación de laboratorio, a partir del 6 de junio de 2020. El número de muertes por la covid-19 informadas públicamente en el recuento diario se obtuvo a través de un cruce de los fallecimientos inscritos en el Registro Civil durante las 24 horas previas.

Cabe señalar que este sistema, como el actual no permite identificar a aquellas personas que han fallecido el día anterior, sino que estamos hablando de las personas que fueron registradas en el Registro Civil en las 24 horas previas, con la base de datos nacional de los resultados de laboratorio covid-19. Mediante un proceso automatizado se seleccionaban los certificados de defunción que incluían la palabra “covid-19”, como una causa directa o indirecta de muertes y que contaban con un examen confirmatorio de covid positivo, una PCR positiva, que, como sabemos, es el examen que nos permite identificar las personas covid positivo, excluyéndose aquellas muertes por causas externas, por ejemplo, un trauma, infarto al miocardio, accidente cerebrovascular y tromboembolismo pulmonar.

Estos fallecimientos con confirmación de laboratorio se informaron diariamente, según región de inscripción y fecha de defunción. Si bien este sistema de reporte diario de fallecidos logró informar acerca de tendencias generales, tampoco fue capaz de capturar la totalidad de fallecidos debido a covid-19 con confirmación de laboratorio y no podía capturar adecuadamente los fallecidos debido a covid-19 que no contaban con una confirmación de laboratorio.

El tercer reporte, que es el reporte definitivo con el que contamos actualmente debido a covid-19, de julio a la fecha, a partir del 18 de junio se incluyó un reporte semanal que consideraba la totalidad de fallecidos debido a covid-19 con y sin confirmación de laboratorio. Esto se logra usando múltiples fuentes de información, procesadas por un equipo de profesionales del Departamento de Estadísticas de Información de Salud y del Ministerio de Salud, siguiendo los procesos habituales y estandarizados que se usan para los registros de estadísticas vitales, descritos anteriormente.

Finalmente, desde el 15 de julio, el DEIS comenzó a entregar un reporte diario de fallecidos debido a covid-19, el cual definitivamente reemplaza los sistemas anteriores, convirtiéndose en la única fuente de información de estadísticas vitales de fallecidos debido a covid-19 en Chile, hasta la fecha.

La información pública diariamente incluye la totalidad de fallecidos debido a covid-19, con confirmación de laboratorio, y dos veces a la semana se incluye la totalidad de fallecidos con y sin confirmación de laboratorio, como parte del informe epidemiológico que se genera dos veces por semana por el Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria de esta Subsecretaría de Salud.

Si bien este sistema con que contamos actualmente de reportería es ampliamente superior a los anteriores, que cuenta con sólidos respaldos técnicos, no estaba en condiciones de entregar esta información con frecuencia diaria durante la etapa inicial de la pandemia, ya que sus procesos habituales contemplaban períodos más largos de análisis para informar diariamente.

A modo de ejemplo, recién a finales de mayo de 2020, es decir -había comenzado la pandemia en marzo, abril, a finales de mayo-, casi tres meses después de iniciado el primer caso en el país, la base de datos de fallecidos inscritos por el Registro Civil e Identificación se transfería con una frecuencia semanal, lo que redundaba en un atraso importante en la asignación de la causa de muerte por parte del DEIS.

Desde principios de junio de este año esta data se comenzó a transferir en forma diaria, lo que sumado a una gran capacidad técnica del DEIS permitió que luego de tres semanas de trabajo pudiera generar un reporte semanal de fallecidos, y luego de seis semanas fuera capaz de informar diariamente las estadísticas vitales de fallecidos debido a covid-19.

En resumen, el Ministerio de Salud y la Subsecretaría de Salud Pública han realizado grandes esfuerzos para registrar e informar de manera completa y oportuna el impacto de la covid-19 en la mortalidad. Estos esfuerzos culminaron con un sistema de reportería que es robusto, preciso, que sigue los estándares internacionales y entrega información detallada y oportuna.

En la siguiente lámina les quiero mostrar uno de los gráficos que se publican en el reporte semanal por parte del Departamento de Epidemiología en relación con la evolución de los fallecidos en nuestro país, más allá de todas las otras informaciones que entrega el reporte. Para ver que la evolución de la información ha ido enriqueciéndose, recién el 7 de junio la Organización Mundial de la Salud sacó esta nota, en donde dice que las personas con covid-19 pueden morir debido a otras afecciones, como infarto al miocardio.

Tales casos no son muertes debido a covid-19 y no deben certificarse como tal. Esto, para dar a conocer que la evolución de la

información, también de la Organización Mundial de la Salud, fue enriqueciéndose en la medida de que tuvimos más conocimiento de esta pandemia.

El consejo asesor, el 12 de junio, dentro de todas las otras recomendaciones que nos ha dado, sacó este informe que nos parece muy relevante. La Organización Mundial de la Salud, en su documento sobre estrategia de vigilancia para covid-19 sugiere vigilar las defunciones usando sistemas complementarios. Uno de ellos es la notificación basada en hospitales en donde se reportan las defunciones de pacientes con diagnóstico covid-19 dentro de las 24 horas de ocurrida.

Esta notificación, idealmente, puede ser complementada con notificaciones de decesos que ocurren en la comunidad o en otros centros centinelas como hogares de ancianos u otros, en forma diaria o al menos semanal. Adicionalmente, el consejo asesor recomienda vigilar la mortalidad basada en los sistemas de estadísticas vitales, usando los certificados médicos de defunción.

También el consejo asesor, dentro de sus recomendaciones, nos dice lo siguiente: La importancia de reportar semanalmente en el informe epidemiológico las estadísticas actualizadas de defunciones causadas por la covid-19, resultante del proceso de codificación del DEIS, incluyendo tanto las defunciones con virus identificado, es decir, que fuera confirmado por PCR, como con virus no identificado, es decir, probable. Esta información la hizo llegar el 12 de junio. Desagregar estas cifras a lo menos por sexo, grupo de edad y lugar de residencia, como región o comuna.

Asimismo, nos sugiere que en el reporte que informamos diariamente se indique el resultado de la notificación de los decesos ocurridos en los centros hospitalarios en las 24 horas previas, en donde fallece la mayoría de los casos. Esto habla en función de la dificultad que existe de tener un reporte diario en las muertes ocurridas en las 24 horas anteriores en los distintos lugares.

Explicar que lo que se reporta es un subconjunto del total de defunciones, pero ello permite establecer una tendencia confiable: es decir, hacia dónde va la pandemia. Se recomienda reconstruir esa tendencia desde el inicio de la pandemia, enfatizar que esta estadística es informada por región de ocurrencia de la muerte, mientras que el certificado médico de defunción es por residencia de las personas fallecidas.

Además, recalcar que el registro completo de defunciones se dará a conocer una vez por semana en el reporte epidemiológico

por residencia de los fallecidos, incluyendo casos confirmados y probables, como es el reporte que estamos entregando hoy, que es un reporte robusto, sólido y con información de calidad.

Ustedes saben que respecto del resumen de la auditoría de la Contraloría General de la República, que nos solicitó algunas respuesta ante dudas que tenían respecto de las cifras, y en su informe nos comprueba que se subsanan las observaciones de los números 4 y 5, sobre el eventual origen de las diferencias en el reporte de fallecidos del 10 de junio, y sobre los criterios para la clasificación de defunciones producto de la covid-19. El informe de la Contraloría es público y, por lo tanto, pueden acceder a las conclusiones que se obtuvieron en ese momento.

Finalmente, respecto de esta pandemia y de su evolución, a siete meses de iniciada la pandemia, podemos decir que contamos con un sistema de información que es robusto, que es sólido, que es confiable y que nos ha permitido ir mirando cómo va evolucionando.

Hemos visto que en muchos países han debido rectificar la situación en función de lo que han visto, como Francia, España, China en su momento -cuando partió también tuvo que rectificar, y hace pocos días, Buenos Aires -no fue todo el país; no fue Argentina, fue Buenos Aires- tuvo que rectificar sus datos sobre covid-19 debido a la información que habían recopilado. Lo anterior muestra que es una pandemia que ha azotado al mundo entero y que hemos ido aprendiendo muchísimo en poco tiempo.

En cuanto a la evolución de la información, hemos hecho un trabajo conjunto con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación; con la academia, que ha tenido un rol muy importante, gracias a los convenios que hemos suscrito con las distintas universidades para poder contar con información más sólida respecto de la toma de medidas y, por supuesto, con otros órganos del Estado, que han jugado un rol fundamental.

Y eso se ha logrado gracias a la participación de muchos actores en el proceso. Primero, el médico debe notificar y hacer el certificado de defunción, en un período en que los profesionales de la salud están atendiendo y están tremendamente estresados. Asimismo, las familias de las personas fallecidas debían certificar la situación y llevar al Servicio de Registro Civil e Identificación, situación que, a veces, era bastante compleja, porque había comunas que estaban en cuarentena, lo cual dificultaba la inscripción en el Servicio de Registro Civil e Identificación.

Por supuesto, la existencia de un sistema de vigilancia sólido del Departamento de Estadística del Departamento de Epidemiología nos ha permitido contar con información robusta de la pandemia. Tenemos cerca de 4 millones de notificaciones y no teníamos un sistema para dar respuesta a esa cantidad de notificaciones; sin embargo, estos sistemas, tanto el sistema de epidemiología como el Departamento de Estadística, nos posibilitan contar con un sistema mucho más robusto, que permite que la información que entregamos diariamente sea cada vez más sólida, confiable y de calidad.

\*\*\*\*\*

**El señor Rafael Araos, jefe de Epidemiología del Ministerio**, expresa que, acerca de las diferencias con la Contraloría, es bien fácil confundir los conceptos, porque una cosa son los casos de personas enfermas vivas, que pueden ser confirmados o probables, si es que tienen un test positivo o negativo, y tienen probabilidad, mayor o menor, de tener la enfermedad, versus los fallecidos -cuesta hablar de números- confirmados o probables; es decir, son términos distintos.

Actualmente, no existe ninguna diferencia entre lo que plantea la Contraloría y lo que publica en forma diaria y bisemanal el Ministerio de Salud, a través de los distintos informes. Lo que sucede es que la OMS sugiere considerar dos categorías de fallecidos. En una categoría están los fallecidos, que se llaman U07.1, que son aquellas personas que fallecen de covid y que tienen un examen que confirman el fallecimiento. En la otra categoría, la U07.2, están aquellas personas que fallecen de covid, pero que no tienen una confirmación de laboratorio; es decir, que el certificado médico de defunción dice covid, sea porque clínicamente parecía eso, sea porque el escáner sugería covid, etcétera, y que, entonces, al médico le pareció que era covid, pero no tiene una PCR. Esas son las dos categorías que existen.

En Chile, ustedes pueden informarse en forma detallada, con desagregación por sexo, edad, comuna, región, etcétera, dos veces a la semana, en los informes epidemiológicos que publican, desde hace ya bastante tiempo, el Departamento de Epidemiología y el DEIS, en forma bisemanal. Los martes es un resumen y los sábados se informa un anexo, separado, que cuenta con toda la información que acabo de mencionar.

El informe público diario solo contiene la información en relación con los fallecidos U07.1, es decir, aquellos que cuentan con confirmación

de laboratorio. ¿Por qué no incluye a todos? La razón más importante es que la categoría U07.2, es decir, los sospechosos o probables, es una categoría que puede variar en el tiempo. ¿Por qué? Por ejemplo, si yo tengo un paciente que fallece de covid y no tiene una PCR, que es el examen confirmatorio, y esa PCR aparece positiva dos días después del fallecimiento, ese paciente va a cambiar de categoría de U07.2 a U07.1. Por lo tanto, informarlo diariamente es complejo, porque tiene variabilidad, razón por la cual se informa dos veces a la semana, que es una frecuencia más que suficiente para hacer estimaciones y modelar.

En cambio, la categoría de casos confirmados, por así decirlo, si bien también puede variar, su variación es mínima. Por lo tanto, informarla en forma diaria no genera ningún tipo de problema. No hay diferencias con respecto a lo que la Contraloría sugiere, cero; y nos acercamos al número definitivo de fallecidos por covid-19, información que van a poder comprobar en un año y medio, en forma notable, cuando se cierre el año estadístico.

En relación a cómo se cuentan los casos, el Departamento de Epidemiología hace una vigilancia epidemiológica e informa. Por lo tanto, las decisiones clínicas no dependen de nosotros. La vigilancia siempre tiene criterios, y uno puede estar de acuerdo o no con ellos, pero en la medida en que uno va aprendiendo de la enfermedad, va ajustando los criterios en base a lo que considera más oportuno.

Cuando se hizo el ajuste de 31.000 casos, que por lo demás no se hizo como respuesta a la Contraloría, es algo que se venía discutiendo desde antes en Epidemiología; se hizo porque se revisaron los criterios con los cuales se contaban los casos, y se incluyeron a todos aquellos que si bien no estaban en nuestra plataforma informática, porque no habían sido notificados por los médicos tratantes, sí contaban con un examen positivo; por lo tanto, nos pareció relevante incluirlos en el informe.

De nuevo, todo lo que hacemos es vigilancia. Si alguien tiene un examen positivo, ese médico tratante debe indicar las medidas que corresponden para el manejo clínico del paciente. Por lo tanto, especular acerca de cómo pudo haber impactado ese número de 31.000 casos, es algo que no podemos hacer, porque es una especulación.

Ahora, en relación al Consejo Asesor, del cual soy parte, da sus opiniones y consejos, los que son revisados según su mérito, y se toman en cuenta siempre y cuando parezcan razonables. De alguna manera, el Consejo Asesor sugería que para implementar un sistema provisional, asumiendo que iba a tener problemas -cualquier sistema provisional de informes diarios de

fallecidos, de cualquier patología, no solamente de covid, si uno quisiera informar diariamente infartos o lo que sea, es muy complejo, porque depende de la acción de los médicos de los centros hospitalarios que entreguen la información correcta-dijo: simplifiquemos esto y quedémonos solo con los fallecidos hospitalarios. De esa manera, vamos a tener un reporte, quizá, en tiempo real y más sencillo.

Eso intentó hacer inicialmente el exministro Mañalich, con el resultado que todos ustedes conocen: no fue capaz de capturar la totalidad de fallecidos, por el colapso natural o por el estrés de los sistemas hospitalarios; los médicos tenían mucho trabajo, por lo que se producían tarde las notificaciones, a nivel central llegaba tarde la información.

Parecía ser un sistema que no iba a tener un futuro muy promisorio, a diferencia de la migración al Departamento de Estadísticas, que no dependía de la voluntad de nadie, sino de la información que le entregaba el Registro Civil, que finalmente es lo que prevaleció y lo usamos hasta el día de hoy. A la OMS -quiero ser superclaro- nunca se ha enviado información distinta. Incluso, hay un reportaje de Ciper que dice que a la OMS se le informaba acerca de los fallecidos probables; no sé por qué se interpretó de esa manera, pues jamás se ha enviado otra información que no sea la disponible públicamente para todo el país. Es decir, a la OMS se le informa la cantidad de fallecidos confirmados, de acuerdo a los reportes oficiales del Ministerio de Salud, y esa información ustedes pueden buscarla en los registros y en las publicaciones de la organización. Por lo tanto, les pediría que eso quedara grabado y escrito, porque nunca se ha dado otra información que la disponible en Chile, y así ha sido desde el inicio de la pandemia.

El sistema provisional se implementó a la espera de que el DEIS estuviera en condiciones de hacer la información pública diaria, lo que al mes de marzo no estaba preparado. Ese sistema se creó como un puente para llegar a tener una reportería que solamente fuera informada por el DEIS.

De alguna forma, ese sistema imitaba lo que hacía el DEIS. El DEIS toma los certificados médicos de defunción y las listas que le envía el Registro Civil y, a partir de ahí, hace todo un proceso de decodificación y de asignación de la causa básica de muerte. Por tanto, nosotros recibíamos la información del Registro Civil del total de fallecidos en Chile y, mediante un algoritmo, buscábamos a todos aquellos sujetos que habían fallecidos de coronavirus. En consecuencia, no se incluía solo el covid-19, podía decir coronavirus, covid, covid-19 o cov-19. Todas las combinaciones se incluían en este algoritmo, de modo que el computador, en un formato replicable y auditable -

de hecho está el código que no se tocó desde el inicio, cuando se diseñó-, detectaba, entre todos los fallecidos nuevos, cuáles tenían en su certificado de defunción en el Registro Civil algún término que se relacionase con covid, con coronavirus, con SARS, con lo que sea.

Una vez que se seleccionaba ese universo de personas, se cruzaba con la base de datos de laboratorios, o sea, de PCR, para identificar a los pacientes U07.1; es decir, fallecidos confirmados por coronavirus. De hecho, esa es la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS, además, sugiere que los países, ojalá, informen aquellos fallecidos que no tienen confirmación de laboratorio, o sea, los U07.2. Nuestro sistema “puente” no era capaz de encontrar de forma segura ese universo de pacientes. Eso era una de las razones por las cuales nosotros, desde el principio, como se puede deducir de mi vocería, dijimos que queríamos migrar a una reportería basada en la información que tenía DEIS. Por eso, la gran diferencia en el número de fallecidos que informamos cuando el DEIS se hizo cargo de la reportería de fallecidos, fue porque se incluyeron aquellos que no tenían confirmación de laboratorio y que nosotros, con nuestro sistema “puente”, no éramos capaces de capturar, a pesar de que estábamos conscientes de ese déficit. Por lo tanto, lo que hicimos fue ir desde una reportería basada en las voluntades.

Cualquier reportería que dependa de que una persona, un hospital o quien sea que reporte, ya sea por correo o por mail, haya tenido el tiempo, la capacidad y la voluntad de hacerlo. Entonces, en un sistema como el chileno, en que los doctores estaban absolutamente colapsados de trabajo, muchas veces les faltaba el tiempo para sentarse frente al computador y mandar el informe. Lo mandaban dos o tres días después, nos llegaba tarde el certificado de defunción, etcétera. En cambio, la información emitida por el Registro Civil no depende de la voluntad, porque ellos tienen un sistema de trabajo. Inscriben todos los fallecimientos y en forma semanal, históricamente, enviaban los fallecimientos de la semana anterior. Y eso logramos que fuera una práctica diaria. Actualmente, el Registro Civil envía diariamente la base de datos de los nuevos fallecidos inscritos, lo que permite que el DEIS haga su proceso de codificación con una frecuencia mucho más rápida de la que históricamente se había hecho.

En cuanto al 9 de julio, es lo que les dije, es cuando se produce el ajuste a la información que nos proveía el DEIS, que es fundamentalmente el aporte que hacen los fallecidos sin confirmación de laboratorio. Es decir, aquellos que son U07.2. Con respecto a la información que se le entrega a la Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que la mayoría

de los países que tienen gran capacidad diagnóstica, como Chile, se informa y se ha informado históricamente aquellos fallecidos con confirmación de laboratorio. Eso es lo que se le notifica actualmente a la OMS, y el organismo está muy conforme con eso y no tenemos ningún tipo de discusión con ella.

Nosotros informamos absolutamente todos los fallecimientos sospechosos de coronavirus. Incluso, si alguien muere y en el certificado de defunción no dice nada relacionado con enfermedad respiratoria, pero aparece una PCR positiva o surge en la revisión que hace el DEIS, que va a muchas otras fuentes, que a todo esto es la forma en que la OMS dice que hay que hacer la codificación de muerte. El DEIS no tiene ningún tipo de procedimiento distinto al estándar internacional. El DEIS incluye a todos esos fallecidos. Por lo tanto, en la categoría confirmados se incluye a aquellos cuyo certificado de defunción dice relación con coronavirus y tienen un examen confirmatorio. La categoría sospechoso es mucho más amplia. Incluso, alguien que pudo haber muerto con diagnóstico de influenza, en un período en que sabemos que no ha habido influenza en Chile, también será catalogado como una muerte debido a covid bajo la categoría de fallecido sospechoso.

Ahora bien, si son confirmados o son sospechosos, son todos fallecidos debido a covid. Para efectos de cálculos, de estimaciones y de comparaciones internacionales, lo que habitualmente se hace es que se comparan los fallecidos que tienen confirmación de laboratorio. De otra forma, es muy difícil hacer las comparaciones. Entonces, la OMS y la mayoría de los países reportan a la OMS solo aquellos fallecidos que son U07.1. Uno puede reportar los dos y va a estar bien; sin embargo, lo importante es que para la población chilena se informe todo y nosotros informamos los fallecidos probables y los sospechosos en gran detalle, dos veces a la semana, así como todos los días se informan los fallecidos confirmados.

En su exposición, la subsecretaria hace un resumen del período pandémico. Como ustedes pueden imaginar, cuando comenzamos en marzo el DEIS no estaba en condiciones de hacer lo que hace ahora. Yo no estaba en ese tiempo, pero se empezó con un sistema de reportes basado en la información que se enviaba desde los centros de salud, lo cual se hace muchas veces, y eso es lo que se comunicaba públicamente. En la medida en que aumentó el número de fallecidos, ese informe no fue capaz de capturar la totalidad de muertes que ocurrían debido a covid, por lo tanto se buscaron mecanismos alternativos.

El segundo mecanismo que se buscó fue el sistema Puente, basado en el Servicio de Registro Civil e Identificación y cruzaba información con los laboratorios, porque sabíamos que ese registro se iba a acercar más a la totalidad de fallecidos, sabiendo que no seríamos capaces de capturar la totalidad de fallecidos debido a covid. Por lo tanto, el norte siempre fue llegar a una “reportería” que dependiera del DEIS, que sí era capaz de llegar a informar la totalidad de ese universo de fallecidos.

En consecuencia, hay que ver esto como una línea continua, en que cae una auditoría de la Contraloría. Todas las respuestas que comento no es reactiva a la Contraloría, sino que coincide con la opinión y con el plan que teníamos, que era migrar al DEIS, como ustedes pueden revisar en las vocerías que hice en algún momento. De manera que es preciso mirarlo como una continuidad, en un sistema que no se podía realizar al inicio. De hecho, el DEIS comienza a recibir la información del Registro Civil a fines de mayo, y recién en ese momento se pone a trabajar, para ser capaces de tener, primero, una “reportería” semanal, y, después, una “reportería” diaria de la información que tenemos ahora.

En relación con la pregunta de cómo se construyen los sistemas, por supuesto que el primero era más precario que el que tenemos ahora, es evidente que este es un proceso de aprendizaje. Pero –repito-, tenemos el primer fallecido a fines de marzo y ahora, comienzos de octubre, tenemos instalado este sistema robusto desde hace dos meses. O sea, en cuatro o cinco meses de pandemia fuimos capaces de montar un sistema que no tiene ningún otro país en la región.

Es imposible que de un momento a otro se vea –a lo menos, así lo advierto- una capacidad así de robusta, construida sobre la base de un sistema que no estaba hecho para eso en ninguna parte del mundo. Todo sistema que se instala para informar diariamente acerca de fallecidos es provisional, incluso el actual, es decir, la verdad final nos la va a decir el DEIS después de un año y medio. La gran diferencia es sabemos que el sistema actual estará muy cerca del número final. En cambio, el sistema inicial probablemente iba a quedar muy lejos, porque no tenía las capacidades para capturar la totalidad de fallecidos y caracterizarlos como se debe. Por lo tanto, veo esto como un proceso de mejora continua, con el cual llegamos hace dos meses a un sistema capaz de informar la totalidad o casi la totalidad de los fallecidos debido a covid, porque nunca seremos capaces de conocer la magnitud real.

Sin embargo, si ustedes analizan los gráficos de exceso de mortalidad, podrán ver que la que se observa entre mayo y agosto, porque en septiembre ya no hay exceso, eso se explica en gran parte por coronavirus y no por otras causas. Por lo tanto, eso nos dice técnicamente que estamos capturando la gran totalidad de los fallecidos debido a covid.

Siempre se informó a la OMS lo que teníamos para informar, es decir, nunca hicimos una doble “reportería”, o sea, a la OMS no se le informaron más fallecidos que los que se informaban públicamente. Ahora bien, si el informe que le mandamos a la OMS era espectacularmente bueno al principio, por supuesto que no, porque dependía de la “reportería” que hacíamos. Entonces, probablemente, el primer sistema de “reportería” le informó a la OMS un número no óptimo, porque no era capaz de capturar la totalidad de fallecidos, como lo hacemos ahora. Entonces, siempre hemos informado el número de fallecidos que tenemos.

\*\*\*\*\*

**La señora DAZA, Subsecretaria de Salud Pública,** señala que es importante decir que esos 31.000 casos se reparten en todo el período pandémico. En relación con las cuarentenas actualmente, hoy tendremos que ver si de verdad las cuarentenas constituyen una de las medidas más eficientes para contener la pandemia. Sabemos que las medidas adoptadas desde un inicio en otros países, como las cuarentenas generalizadas en todo un país durante un período muy largo, han terminado produciendo impactos tremendamente negativos. Vemos hoy los rebrotes en Europa y en Argentina. Por lo tanto, deberemos esperar la evolución que tengan las medidas implementadas en otros países.

Nosotros decidimos implementar medidas estratégicas, y para ello nos orientamos mucho en el aislamiento focalizado, es decir, que las personas con covid positivo pudieran ser trasladadas a residencias sanitarias donde tuvieran un aislamiento efectivo.

Evidentemente, tuvimos que llegar a una medida extrema, como también ha declarado en los últimos días la Organización Mundial de la Salud, por cuanto las cuarentenas a la población son una medida extrema, que tiene que tomarse como última medida porque tiene un impacto negativo en la población, sobre todo en otras enfermedades que no están relacionadas con la covid. Estamos hablando de enfermedades no transmisibles y de salud mental.

Por ejemplo, hoy vemos que en Europa están implementando cuarentenas muy focalizadas en aquellos lugares, pero tampoco vamos a saber si esas medidas son las más óptimas. También hemos visto, según los resultados que vamos observando, que en aquellas cuarentenas que son muy prolongadas el impacto que tienen en la disminución del número de casos nuevos es cada vez menor. Por lo tanto, respecto de cuándo es el momento más oportuno para implementar una medida tan extrema como la cuarentena, creemos que todavía no hay información suficiente para poder decir, este es el momento más oportuno en función del número de casos.

Este es un tema que hemos conversado largamente con el Consejo Asesor en función de las cuarentenas. Con respecto a eso, el Consejo Asesor desde un principio nos planteó que esa no era una medida para ser tomada en un primer momento, porque sabemos que tiene un impacto poblacional. Si hubiéramos adoptado otro tipo de medidas en relación con las cuarentenas o en estos 31.000 casos, creo que en este momento no tenemos esa respuesta, porque además esos 31.000 casos fueron en todo el período pandémico.

Una medida importante con respecto a esto. Estos son casos que se identificaron por los laboratorios. No estaban notificados en la plataforma que teníamos del Ministerio de Salud, que es el Epivigila. Y para poder entender la situación de la pandemia, y en función de lo que contaba el Ministerio de Salud, quiero decir que en la pandemia anterior la notificación, a nivel del Ministerio de Salud, se hacía por mail y a través de papeles.

Afortunadamente, en 2019 el Departamento de Epidemiología implementó el sistema Epivigila, es decir, de vigilancia epidemiológica a través de una plataforma que empezó a ser operativa en el 2019, y contamos con una plataforma más robusta a fines del 2019.

Por lo tanto, era una plataforma nueva que habíamos empezado a utilizar, pero no era capaz de capturar todos los casos, porque Epivigila no tenía los casos que no eran notificados. Lo que los médicos y profesionales ingresan en la plataforma Epivigila son casos notificados por los profesionales. Hoy sabemos que más de un 90 por ciento de los casos son notificados en la plataforma; por tanto, hoy tenemos conocimiento de que es una plataforma mucho más robusta de lo que teníamos al principio.

Es importante entender que este es un proceso, tanto desde el punto de vista de las notificaciones que se están haciendo, de los registros que se están realizando de los fallecidos, que hemos ido implementando

y fortaleciendo en la medida en que hemos tenido más información, más conocimiento y más tecnología para darle a la comunidad información oportuna y de calidad.

\*\*\*\*\*

El señor **ARAOS, jefe de Epidemiología del Ministerio**, expresa que el exceso de mortalidad es algo que sucede siempre en una pandemia; por lo tanto, predecir que va a haber exceso de mortalidad es obvio, no es algo que nos vaya a sorprender. Siempre que hay una pandemia, hay un exceso de mortalidad, porque muere más gente de la que normalmente iba a morir ese año. El exceso de mortalidad en Chile recién se empieza a ver a fines de mayo, como ustedes lo pueden revisar en todos los informes epidemiológicos que están con el anexo del DEIS, publicado hace más de dos meses. Ese exceso de mortalidad en Chile se explica en gran parte por el coronavirus, a diferencia de otras partes, donde básicamente no se sabe. Si uno mira el gráfico, en donde se ve el aumento de muertes, en Chile ese aumento de muertes está dado fundamentalmente por coronavirus; en otros lados no tienen idea de lo que está pasando. Puede ser que la gente esté falleciendo más por infartos u otras causas.

En Chile comenzamos a observar el exceso de mortalidad recién a fines de mayo. Los datos sugieren que gran parte de ese exceso de mortalidad está explicado por coronavirus, y eso tiene sentido porque si miramos la trayectoria del exceso de mortalidad desaparece en septiembre. Por lo tanto, en la medida en que bajan los casos de coronavirus, bajan las muertes relacionadas con coronavirus y se acaba el exceso de mortalidad.

Dicho eso, es muy probable que tengamos una segunda oleada. ¿Por qué? Porque durante todo este período toda la atención de salud se impacta y es posible que veamos problemas relacionados con menos controles de hipertensión arterial, etcétera.

Entonces, hay que ver qué va a pasar con el exceso de mortalidad en el tiempo, pero aparentemente la mortalidad y el exceso de mortalidad que tuvimos entre mayo y agosto se debieron casi exclusivamente al coronavirus, y eso es algo que ya está más o menos claro.

\*\*\*\*\*

**La señora DAZA, Subsecretaria de Salud,** expresa que es muy importante decir que, respecto del número de fallecidos, no hay una reacción de causalidad. Es decir, esas personas fueron atendidas en el sistema de salud, y esto es muy relevante, porque la función del Ministerio de salud es de vigilancia. Por eso, el que fuéramos perfeccionando los sistemas que habíamos implementado, con la información que teníamos en su momento, nos permitió tener información más relevante. Así lo hicimos con el segundo sistema, el sistema intermedio, para tener información diaria, porque era muy relevante encontrar el mejor sistema para dar a la población la información todos los días.

Ahora bien, sabíamos que esa información, probablemente, no iba a ser ciento por ciento, pero nos permitía identificar una tendencia en función de la evolución de la pandemia. Por eso, el sistema reportaba las muertes registradas en el Servicio de Registro Civil e Identificación, es decir, todos aquellos certificados de defunción que contaban covid, coronavirus o que tuvieran la palabra, ni siquiera como causa, sino que asociada, o que en alguna parte del certificado de defunción dijera covid o coronavirus o Cov-19, eso se verificaba con una PCR positiva y se informaba. ¿Sabíamos que no era perfecto? Sí. ¿Podíamos tener, en ese momento, la información por parte del DEIS? No.

Por lo tanto, se había comenzado a trabajar para que el DEIS, en un momento, después de 6 semanas, pudiera tener un sistema robusto, que nos permitiera dar la información de las muertes por covid-19 todos los días.

Hemos dicho que, probablemente, de aquí a un año, no van a ser ciento por ciento las cifras, que probablemente no van a estar relacionadas con lo que tenemos hoy día; que van a estar más cercana a lo exacto, probablemente sí, porque hoy día contamos con un sistema que nos permite identificar esa información diariamente.

Sobre las cuarentenas y el consejo asesor, quiero decir que el consejo asesor nos recomendó siempre, como una medida extrema, es decir, como una medida que, frente a las otras medidas que se han ido adoptando, no permitía sostener este aumento en el número de casos. Y es lo que ha pasado en muchos países. Por ejemplo, Argentina adoptó una cuarentena total, desde el principio, cuando todavía no había muchos casos. Eso, probablemente después, cuando ya la situación se puso más difícil... Y aquí, es muy importante decir que la cuarentena tiene un impacto sanitario muy importante. De hecho, nosotros preferimos optar por otro sistema, el de identificar aquellas comunas en las que el número de incidencia aumentaba la concentración de casos. También miramos las

variables de vulnerabilidad y el sistema sanitario para poner a la población en cuarentena.

Por eso, respecto de las medidas que hoy se toman en Chile y el mundo, probablemente, con el tiempo, vamos a saber cuáles de ellas fueron las más eficientes y efectivas, para dar respuesta y hacer un análisis serio y de calidad en función de esta pandemia, de cuáles han sido las medidas más importantes y mejores.

Quiero decir una cosa muy importante. Hay que recordar que la Organización Mundial de la Salud ha ido cambiando las recomendaciones en función de la pandemia. Cuando partió la pandemia, en marzo, la Organización Mundial de la Salud recomendaba no usar mascarillas, probablemente por la falta de conocimiento de la contagiosidad del virus. Hoy es una estrategia, es una medida de la que tenemos más evidencia que es muy importante usarla (la mascarilla), y en Chile la usamos desde un inicio.

Cabe recordar que, cuando partió la pandemia, la Organización Mundial de la Salud nos recomendó no cerrar las fronteras. Sin embargo, nosotros cerramos las fronteras en marzo -no recuerdo la fecha exacta-, sabiendo el impacto que ello tendría; pero hoy sabemos que fue una medida importante, porque sabíamos que los casos venían importados.

Cuando partió la pandemia, la Organización Mundial de la Salud recomendó calificar como casos sospechosos a aquellas personas que tenían ciertos síntomas. El caso sospechoso, por parte de la Organización Mundial de la Salud, ha sido cambiado en dos o tres oportunidades, y hoy sabemos que el 30 por ciento de los casos que tenemos son asintomáticos. Por lo tanto, en la medida en que se ha ido aprendiendo con esta pandemia, hemos ido incorporando las mejores medidas.

Quiero ser muy enfática en señalar que hemos venido adoptando las medidas que consideramos mejores en función de la información que teníamos en su momento, que probablemente no era tan precisa; hemos venido adoptando las mejores medidas, respecto de las cuales existía evidencia que tenían un impacto para contener la evolución de la pandemia.

El consejo asesor está integrado por profesionales de epidemiología, infectólogos y especialistas de distintos gremios, es una instancia técnica. Es importante señalar que el Colegio Médico participa en la mesa social, que la que dirige el ministro del Interior, por lo tanto, no participa en el consejo asesor, que -reitero- es una instancia técnica de asesoría del Ministerio de Salud.

Recién a fines de mayo el DEIS empezó a recibir la información diaria. Es decir, antes de esa fecha el DEIS no tenía esa capacidad, y el departamento de Epidemiología, es decir, los informes epidemiológicos, a partir de junio, empezaron a tener, semanalmente en un comienzo, tal como lo reportaba el DEIS, la información de fallecidos como información pública.

En un principio se empezó a hacer una vez a la semana y posteriormente dos. Por eso -tal como lo expresé- este es un proceso que se fue perfeccionando en la medida en que el DEIS nos pudo dar información diaria, porque para poder dársela a la población, nosotros informamos diariamente. Es más, se debe recordar que en un momento, cuando el DEIS todavía no tenía la capacidad para darnos la información diaria, la dábamos con el sistema que contemplamos, pero además el informe epidemiológico contenía la información epidemiológica que se informaba a la población a través de los informes epidemiológicos dos veces por semana.

\*\*\*\*\*

**La señora MATUS, periodista**, expresa que en febrero de este año empezó a publicar tuits con información referente a la pandemia de la covid-19, especialmente aquella que podía obtener -a pesar de encontrarme en Brooklyn, donde estoy estudiando- en redes sociales y en fuentes informativas con las que mantengo contacto.

La primera información que publiqué a mediados de febrero relativa a Chile fue sobre las compras de bolsas mortuorias que se habían hecho, probablemente anticipando que la pandemia iba a producir muertes. Sin embargo, a fines de febrero o inicios de marzo, me pareció que había un cierto exceso de confianza no solamente de las autoridades, sino también en el resto del país.

Por eso, publiqué en el portal The Clinic una columna titulada “Conspiranoia y coronavirus”, en la que advertí, básicamente con la información científica que había reportado, que la amenaza a la salud y a la integridad física era seria, y que, por lo tanto, las autoridades y la población debían tomar cartas en el asunto, es decir, hacerse cargo de que esto iba a pasar y llegaría a Chile tarde o temprano.

A partir de esa columna, que llamó la atención de algunos expertos, empecé un diálogo, a través de emails, Zoom y otras vías, con especialistas, epidemiólogos e, incluso, estadísticos en Chile, que estaban muy

preocupados por tratar de establecer cuál sería la trayectoria de contagios en Chile, en un momento en que no existía ninguna información pública disponible para hacer esas proyecciones. No estaban las informaciones que aparecían, por ejemplo, en el CDC (Center for Disease Control and Prevention) estadounidense o en el MoMo (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria) europeo.

Como corresponde al oficio periodístico, no siendo especialista en salud, me instruí rápidamente respecto de los indicadores fundamentales y seguí también la cobertura que se hacía a nivel internacional sobre esa materia. Con esos antecedentes, puse atención a las cifras que el gobierno empezó a publicar a partir del 3 de marzo en cuanto a velocidad de contagios, número de contagiados y potenciales riesgos.

Con los informes diarios que se daban a partir del 3 de marzo, dirigidos por el ministro de Salud, pude ver que los contagios iniciales iban aumentando, duplicando. Se atribuye la llegada del virus a los pasajeros que venían desde el extranjero, por lo que se toman algunas primeras medidas. Pero, después de una información inicial, que era mucho más detallada que la que incluso se entrega hoy y que aparecía en informes epidemiológicos del Ministerio de Salud, pude constatar a mediados de marzo que en la mitad de los casos, más de 400 que registraba el gobierno como casos covid positivos, no se conocía su origen, es decir, no correspondían a la definición de caso inicial establecida por el propio ministerio. Para hacer un test PCR había que cumplir con dos gamas de requisitos: primero, haber estado en un país donde hubiera una alta tasa de contagios y, segundo, tener a lo menos dos síntomas, que eran fiebre y alguno de los otros síntomas típicos de la covid-19. Si no se cumplían ambos requisitos, no se hacía dicho test. Es decir, si una persona llegaba de uno de esos países con alta tasa de contagios, pero no presentaba síntomas, no se hacía el test PCR. Al revés, si una persona solo tenía síntomas, tampoco se hacía el test PCR, como por orden ministerial.

De todas maneras, en este informe epidemiológico aparecían 400 casos con test PCR positivo que no calzaban en la definición de casos, aunque probablemente habían sido médicos los que habían dado la orden de hacer los test PCR; es decir, eran contagios, dentro de la comunidad, donde la persona no había estado con un enfermo, no había viajado y ni sabía cómo se había contagiado la enfermedad.

Ese es el momento en que, siguiendo lo que había ocurrido en otros países y regiones del mundo, se dictaban las cuarentenas, porque es lo que se conoce como perder la trazabilidad. Cuando uno no sabe

cómo una persona se contagió, tampoco sabe con quién esa persona estuvo en contacto. Esa persona que contagió al caso B –digamos-, no se sabe con quién se contagió; por lo tanto, no se puede hacer trazabilidad.

Por eso en ese minuto los distintos gobiernos tomaban cuarentenas bastante estrictas y, por supuesto, alteradoras de la normalidad, con consecuencias económicas y sociales; y para eso se establecieron, en la gran mayoría de los países, independientemente del signo político de sus gobiernos, medidas sociales y económicas.

Pero en Chile, a pesar de que ya a mediados de marzo había 400 casos no trazables, las autoridades enviaban el mensaje de que la epidemia estaba controlada. Se establecieron cuarentenas parciales en tres comunas de Santiago, de nuevo con la hipótesis preferida del gobierno de que los casos estaban concentrados en las comunas ABC1, donde se estaban recibiendo a estos viajeros que venían del extranjero y, por lo tanto, se desatendió hacer test PCR y tomar medidas en otras comunas de la capital y del resto de Chile, a pesar de que, como dije, no había trazabilidad, y era contrario a lo que opinaban los expertos chilenos, que en ese minuto estaban ya opinando al respecto.

A partir de ese momento desaparece ese dato; el dato de los casos no trazables desaparece del informe epidemiológico y este empieza a perder cada vez más información.

Simultáneamente, el nivel de contagio en Chile llegó a lo que se conoce como meseta, una especie de número idéntico que se repetía todos los días –no recuerdo si eran 300 o 400 casos, pero se mantenía ahí-, lo que también era una trayectoria atípica del virus, considerando que en la mayoría de los países, ante la ausencia de medidas, como trazabilidad extrema o, digamos, muy al callo, trazabilidad no solo de los casos probables, sino también de sus contactos estrechos, en fin, al estilo de Corea del Sur, o ante la ausencia de cuarentena estricta, que en el fondo detiene el contagio por confinamiento, era raro que en Chile, que no había adoptado ninguna de estas dos medidas, se produjera esta meseta.

En los países en donde en ese minuto había ausencia de medidas, el contagio era exponencial, es decir, se duplicaba cada ciertos días; no se mantenía en forma lineal.

En un primer momento, el único laboratorio autorizado para hacer los test PCR era el Instituto de Salud Pública, que recibía las muestras de todo Chile.

En ese minuto, una hipótesis bastante probable era que hubiera un cuello de botella y que, por lo tanto, el número de contagios que se veía no era el número de contagios reales, sino que el número de contagios que el Instituto de Salud Pública podía procesar diariamente. Esta fue la primera información que publiqué y que llevó luego a la duda sobre el número de fallecidos; por eso lo relato, porque es el antecedente previo.

Con información del Instituto de Salud Pública, obtuve la información del número de muestras diarias que se podían procesar; efectivamente, la parte mecánica de tomar la muestra, meterla en la máquina y sacar el resultado demoraba 24 horas, pero solamente había dos personas empaquetando en sobres los resultados que tenían que enviarse por correo a las instituciones que lo habían requerido. El gobierno, además, había establecido que no eran los servicios médicos directos que habían hecho las órdenes las que recibían las respuestas, sino que los Seremi, que después los tenían que distribuir.

Esto también se informaba vía correo electrónico, pero como había solo dos funcionarios procesando los resultados de los test y, ante una demanda creciente de test que iban quedando en la cola, en ese momento ya se detectaba una demora [...] la foto del día equis era una foto retrasada respecto del número de contagios, y también era un representativo de la capacidad máxima del ISP y no representativo de la tasa de contagio real que había en el país.

Pero no había otra forma de contrastar estos datos con fuentes públicas, porque en ese momento tampoco el gobierno publicaba –todavía no lo hace–, por ejemplo, la cantidad de muestras, el sector o comuna del que vienen, los laboratorios que las procesan, los días que se demorarán en llegar las respuestas; esa información no existía y, por lo tanto, esta información, si bien significativa, tenía que ver específicamente con información que tuve que conseguir con fuentes off the record.

Inmediatamente después de esto, el gobierno anunció que se expandía la capacidad del Instituto de Salud Pública y se contrataron laboratorios particulares que también cumplían la función de hacer test PCR. En el minuto en que aumenta explosivamente el número de contagios detectados por el gobierno, sin embargo el número de fallecidos se mantenía bajo.

En ese momento el gobierno decía o hacía énfasis en que Chile tenía una baja letalidad, en torno al 1 por ciento de casos de covid, y si bien mucha gente se había contagiado en Chile, el virus se estaba comportando de una forma leve.

Dada la experiencia que había tenido con el Instituto de Salud Pública, también me causó dudas y sospechas este dato, y no solamente por el comportamiento de otros países, sino también porque, en el caso chileno, la definición de caso era tan estricta -mucho más estricta que en otros países- que, primero, me llamó la atención la baja positividad, que era en torno al 10 por ciento, porque si yo le estaba haciendo test solo a personas que me constaba que habían estado en países con alto contagio o que conocían directamente a la persona que la había contagiado y además tenían síntomas, una tasa de positividad de 10 por ciento en ese universo era absurdo; algún problema había.

Luego, se sabía desde un comienzo, por los instructivos que pude leer del propio ministerio, que la instrucción era enviar un correo informando de los fallecidos solo si tenían test PCR; este era un instructivo que se difundió entre los servicios médicos y servicios asistenciales.

Era altamente probable, como había ocurrido en otros países, que, por ejemplo, los fallecidos en casa no se estuvieran contando. Ya había estudios de la Universidad de Chile que demostraban que en Chile, en temporadas normales, el 46 por ciento de las personas mueren en sus casas.

Para contrastar esta hipótesis periodística necesitaba datos que no estaban disponibles. En ese minuto recurrí al DEIS donde se me informó que solo contaba con información vigente disponible hasta 2017; al igual que el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), porque trabaja con la información del DEIS. La única institución que contaba con información vigente disponible era el Servicio de Registro Civil e Identificación, pero no estaba disponible en línea ni tampoco era descargable.

Hice una petición por transparencia, pero conociendo las limitaciones de esa legislación en Chile, activé fuentes reservadas a través de las cuales pude obtener una base de datos de diez años, respecto del número de fallecidos en Chile en marzo, que era el período que correspondía a la pandemia.

Además, apliqué una fórmula para identificar el exceso de fallecidos que se estaba usando en el resto del mundo, un proxy del impacto real de la pandemia, porque en muchos países desarrollados y no desarrollados, democráticos y autoritarios, había dificultad para contar a los fallecidos, sobre todo al inicio de la pandemia.

Con esa base de datos y con la ayuda de mi hermano, que es ingeniero civil eléctrico, doctor en ingeniería, profesor en la Universidad de Chile, y con la ayuda de otro docente, con un alto cargo también en la misma área, cuyo nombre me reservo, les entregué los datos y les indiqué cuál era la fórmula

que se usaba en el New York Times, que era tomada del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, para que hicieran los respectivos cálculos. De inmediato saltó un exceso de muertes, en marzo de 2020, en el período de la pandemia, respecto de marzo de 2019; así como también del promedio de los últimos cinco años, que es la fórmula precisa que usaban estos medios internacionales.

Antes de publicar esa información, con la ayuda de ambos especialistas, buscamos otras explicaciones posibles como, por ejemplo, el clima, con la finalidad de verificar si en marzo de 2020 hubo algún cambio significativo en el clima que hubiera adelantado las muertes típicas de invierno y que explicaran este exceso de fallecidos. Respecto del clima, no había ninguna diferencia significativa ni otras razones plausibles.

Esa fue la publicación que hice el 24 de abril en Twitter, informando estos hallazgos, tanto de la diferencia de fallecidos respecto de marzo, como la diferencia de fallecidos en el período de los cinco años anteriores. Sin embargo, durante ese mes, el gobierno informaba solo 8 fallecidos por covid-19. Ahora, si se comparaba el exceso de muertes, que son las muertes por encima de las muertes esperables, no las totales, en esa fecha llegaba a 900 y tantas -para marzo con marzo- y 871 en marzo de 2020, comparado con el promedio de los últimos cinco años.

En esas publicaciones que hice en Twitter advertí que los especialistas extranjeros explicaban este exceso de muertes, primero por el impacto no registrado de la covid-19 y, por otro lado, por personas que dejan de asistir y de hacer sus tratamientos en los servicios médicos, cuando comienzan la cuarentena.

Como sabemos, la reacción del gobierno fue desmentir tajantemente que hubiera exceso de muertes. Incluso, apareció la tesis del lunes adicional, en donde el Servicio de Registro Civil e Identificación solo anotaba las muertes inscritas, no las registradas en marzo; por lo tanto, había un rezago de las muertes de la última semana o de los últimos días de febrero que no se registraron ese fin de semana, rezago que se traspasó a marzo.

Para verificar esta posibilidad hicimos el mismo ejercicio de exceso de muertes con otro par de años idénticos, o sea, con el mismo número de lunes en marzo y con el mismo número de lunes en febrero, y si bien se detectaba un exceso de muertes, en torno a los 300 casos, todavía quedaba un remanente muy alto y significativo para marzo de 2020. Por lo tanto, la hipótesis

del exceso de muertes, explicada por problemas del Servicio de Registro Civil, quedaba descartada, en nuestra opinión.

Por lo tanto, mantuvimos la publicación y cálculo que seguimos haciendo luego que el Registro Civil accediera a publicar esta información online. Cuando lo hizo, otros expertos estadísticos pudieron hacer sus propios cálculos; incluso, varios de ellos concluían que para marzo y abril no había diferencia significativa de fallecidos, pero que sí empiezan a notar a partir de mayo y junio.

Por una publicación de prensa realizada en junio, se conoce que el DEIS había iniciado una contabilidad más acelerada que la que estaba acostumbrado a hacer sobre el número de fallecidos covid-19, que llevaba una contabilidad muy superior a la que se informaba públicamente, superior en 5.000 casos en ese minuto. Tras esta publicación, el ministro de Salud puso su cargo a disposición y renunció.

Anteriormente, hubo una información de Espacio Público que indicaba un exceso de muertes, en torno a los 800 casos, 760, 860, donde también hubo una confusión respecto del dato que se dio, que luego se corrigió, y que el ministerio accedió a incorporar.

Cuando se supo que el DEIS llevaba contabilizada una cantidad más grande, el ministro renuncia y lo que sucede a continuación es que el dato del DEIS se separa en número de fallecidos confirmados, que es el que informa el ministerio diariamente, y fallecidos probables, que son los fallecidos covid-19 positivos sin test PCR, básicamente, que el DEIS sigue contando e informando a la OMS.

Lo interesante del tema es que el cálculo de exceso de muertes que hicimos y que inicialmente fue acusado de inflar excesivamente el número de fallecidos, después quedó corto, porque la contabilidad del DEIS arrojó en los meses de mayor contagio -junio, julio, agosto- un exceso de muertes superior al que se calculaba por esta otra vía, y todas las estadísticas previas o estos métodos sui géneris o alternativos que se crearon para controlar por distintos factores, como el aumento de la población, quedaron todavía aún más desfasados.

El informe oficial se mantiene en línea actualmente con el DEIS, en cuanto a los casos covid-19 con test PCR positivo, pero sigue ignorando los casos covid-19 sin test PCR.

\*\*\*\*\*

**La señora SICHES, doña Izkia, Presidenta del Colegio Médico,** señala que desde el inicio de la pandemia, el colegio ha hecho un análisis en torno a que esta no era una pandemia que se desarrollaba en un momento habitual. Veníamos de un estallido social, con falta de credibilidad en las instituciones, con un sistema sanitario un tanto fragmentado, con un desmantelamiento, que habitualmente ocurre de las autoridades que tienen más experiencia en torno, por ejemplo, a la pandemia H1N1, con algún debilitamiento institucional, lo que hacía mucho más difícil el enfrentamiento de la misma y, por ello, es que muy precozmente nosotros consolidamos un consejo asesor con nuestros propios departamentos, como Colegio Médico, con las sociedades científicas, los consejos regionales, que nos dan una perspectiva un poco más nacional, y también una serie de expertos que nos han estado asesorando desde el inicio de la misma, y donde tenemos salubristas, evidenciólogos y epidemiólogos, y que nos han permitido poder hacer recomendaciones al gobierno.

Hemos planteado cuatro ejes estratégicos para el control de la misma: la protección a la vida, la colaboración, la transparencia y la evidencia. Y muy precozmente, le señalamos al Presidente de la República la relevancia de fortalecer esta institucionalidad, creando idealmente un equipo coordinador más transversal, que no dependiera solo del gobierno de turno, tanto para una estrategia de contención o mitigación, sin desconocer la relevancia de una estrategia de respuesta asistencial sanitaria, pero ojalá un poco más transdisciplinaria de lo que hemos visto por parte del gobierno. Lamentablemente, esa propuesta no fue acogida por el Presidente de la República.

Dicho eso, quiero recordarles a los parlamentarios que esta no es la primera pandemia que hemos enfrentado como país. Existen distintos dictámenes, tanto del Reglamento Sanitario Internacional como también de documentos propios de nuestro país que nos preparan para enfrentar estos desafíos sanitarios de gran magnitud, particularmente de esta pandemia covid-19, en donde hay algunas institucionalidades que, a nuestro juicio, no se respetaron en la conformación del enfrentamiento de esta, particularmente lo que tiene que ver con el comité de brotes, que está en la resolución exenta N° 730, de 28 de octubre de 2008, que es un espacio interministerial donde participan organizaciones de la sociedad civil, sociedades científicas, los municipios y otras entidades, entre ellas, las universidades, para reducir el impacto de la mortalidad y la morbilidad de este tipo de brotes.

Lamentablemente, en esta oportunidad no se consolidó en el tiempo. Hemos tenido información de la Sociedad Chilena de Infectología, particularmente de la doctora Jeannette Dabanch, quien asesora al Colegio Médico de Chile, de que solo tuvieron cuatro sesiones y que estas no tuvieron actas, y obviamente no tuvo continuidad en el tiempo.

Vamos a lo que nos convoca: cifras de fallecidos.

Sé que estuvieron bien complicados la última vez en torno a las dudas que existían sobre las diferencias en la investigación de los casos y los fallecidos.

Lo primero es que los casos y fallecidos es distinto; la investigación que hay en torno a los más de 30.000 casos que quedaron por esta falta de rigurosidad en el conteo, con este mecanismo sui generis en materia de casos es distinto de lo que ocurrió en materia de fallecidos, que también ocurrió, pero son dos fenómenos que tenemos que analizar de forma paralela y que tienen un impacto distinto al momento de tomar determinaciones.

Así, quiero retomar algo de lo que señaló la periodista Alejandra Matus, en torno a cómo ha transitado, por ejemplo, en materia de nuevas definiciones de casos, desde el 2 de marzo de 2020, donde era mayoritariamente para aquellos casos que venían con enfermedades respiratorias agudas, de los países donde había transmisión comunitaria, enfermedades respiratorias muy graves o con casos de los contactos confirmados, donde todavía no teníamos especificado qué test se iba a hacer, sino más bien un test concluyente para covid-19, para confirmar en aquellos casos que eran sospechosos.

Eso ha cambiado en el tiempo. En la actualidad, y esta es la última definición de caso, del 5 de octubre, y demuestra que esto ha variado mucho, pues ya con dos síntomas nosotros sospechamos que estamos frente a covid-19, es decir, son síntomas muy habituales: fiebre, tos, disnea, dolor torácico, odinofagia, mialgia, escalofríos, cefalea, diarrea o pérdida del olfato o gusto. Con dos de esos síntomas, ya sospechamos y, algo que todavía no hemos logrado, es que las personas se acerquen con esos pocos síntomas a los recintos asistenciales.

El caso se confirma cuando este caso sospechoso obtiene una PCR para SARS-CoV-2 positiva, y tenemos además la búsqueda de casos asintomáticos, que es el llamado –BAC- Búsqueda Activa de Casos, donde a pesar de que no hay síntomas, detectamos estos casos positivos que se suman a los casos, y que fue parte también de otra polémica de esta pandemia.

Ahora, la definición de caso probable es mucho más amplia que al inicio, donde un caso sospechoso con una prueba indeterminada queda como caso probable, donde pacientes que tienen síntomas y que estuvieron en contacto con un caso confirmado, en menos de 14 días eso queda automáticamente como caso probable. Así también cuando, a pesar de que no tenemos una PCR positiva, sí hay un scanner de tórax característico o existe una pérdida brusca del olfato o gusto sin otra causa aparente. Cuando ocurre eso, inmediatamente tenemos que sospechar de que esto es un caso probable, y se cuenta como tal.

¿Por qué esto es importante? Porque estas son las vigilancias de virus respiratorios que se hace por ISP habitualmente. En la lámina ustedes pueden ver cómo todos los años, 2015, 2016, 2017 y 2018, vemos un peak absoluto de todas las enfermedades respiratorias que tenemos. Al final, se observa el 2020, donde no está el covid-19, pero si ustedes observan hoy, en la semana 43, en el último reporte del ISP no existen casi otros virus circulantes.

Es por eso que casi ante cualquier enfermedad viral, cualquier síntoma respiratorio, sospechamos covid-19, hasta que este no se descarte, y así también todas las neumonías virales y las otras causas de muerte han ido desplazando a las que habitualmente producen causas de muerte todos los años por enfermedades respiratorias, porque el resto de los virus es casi inexistente.

¿Por qué esto es importante? Porque nuestro gold standard que no es tan gold standard, que es la prueba de PCR en tiempo real, tiene una gran especificidad; es decir, si sale positiva, lo más probable es que estamos frente a un covid-19 positivo, porque no da muchos falsos negativos, pero no es tan sensible, es decir, no logra detectar todos los casos.

Eso depende de varias cosas, tanto del momento en el cual estamos infectados, como también de la carga viral, y en dónde está la infección más importante. Es así como una neumonía lo más probable es que más que uno Hisopado Nasofaríngeo, vamos a necesitar un estudio de esputo para poder detectar el virus.

Si bien se desconoce absolutamente -hay distintas series y estudios que se han ido comparando y les indico las referencias-, a pesar de que no tenemos plena certeza de su sensibilidad en las distintas pruebas porque depende de una serie de variables, una prueba negativa no descarta la enfermedad cuando hay una condición pretest muy favorable. Es así como en los

casos probables en que hay mucha sospecha o cuando tenemos un escáner positivo, una PCR negativa no la descarta. De manera que se ha ido sugiriendo –y eso también es dentro de las recomendaciones de los expertos internacionales– que se debe asumir la presencia de la enfermedad si se tienen sus signos y síntomas.

En la siguiente imagen podemos ver algo muy relevante para ver cómo contamos las muertes.

Primero, ¿cómo lo hacemos en Chile? En el país tenemos distintos convenios con el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadísticas y el Servicio de Registro Civil e Identificación que nos permiten ir estableciendo estadísticas vitales. De más está decir que las estadísticas vitales no se desarrollan ni se producen para esconderlas, sino para difundirlas y dar información pública a la sociedad civil y a los grupos científicos, y es algo en lo que viene trabajando nuestro país desde hace bastante tiempo y tiene una institución muy consolidada.

Asimismo, tenemos un convenio tripartito mediante el cual se transmite –y esto es parte de la información que ha compartido conmigo la doctora Danuta Rajs, quien tiene mucha experiencia en esta materia y en torno a los datos que entrega el Registro Civil, el Minsal y el INE– para ir consolidando las estadísticas vitales que se van produciendo año tras año. Este es un trabajo colaborativo y permite, en el caso de las muertes, sacar del certificado de defunción las cifras legales para nuestro país. Este es un instrumento de recolección, que es lo que finalmente se va a analizar para definir si alguien murió o no de la covid. Esto es muy relevante, porque no sé si ustedes tienen en la memoria el conflicto que vivimos en torno a Maipú, donde, por ejemplo, el certificado de defunción decía que el paciente era covid positivo. Finalmente, la alcaldesa de dicha comuna fue desmentida por el ministro de Salud, quien señaló que no eran fallecidos por la covid, lo que finalmente se verificó que era falso. El certificado de defunción señala las cifras oficiales para el país, más allá de lo que quiera o no un ministro de turno. De hecho, es muy relevante señalar que un adulto mayor que fallece de neumonía viral en una época, en medio de una pandemia, es mucho más probable que la sensibilidad del hisopado nasofaríngeo de su PCR nos dé un falso negativo en vez de que el estudio clínico señale que su neumonía viral es originada por la covid. Desde un punto de vista más biomédico, nos parece relevante señalar ese punto.

¿Cómo se registran los certificados de defunción? Los médicos llenamos distintas fases, entre las cuales están las causas inmediatas y

originarias y los estados morbosos concomitantes. Eso tiene mucha importancia, porque es esto lo que analiza el DEIS para decir si una persona tiene o no covid, según los distintos códigos de la OMS. Hay distintas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para que los países puedan dar estadísticas confiables y no manipulen esas cifras y puedan hacer una interpretación lo más homogénea en los distintos países del mundo. Así, en caso de una muerte por covid-19 probable o confirmada –esto es sumamente relevante para todos los diputados y las diputadas de la comisión-, para fines de la vigilancia, es una muerte por una enfermedad clínicamente compatible, a menos que exista una causa alternativa de muerte que se relacione con la enfermedad, como, por ejemplo, estando resfriada por la covid y me atropellaron. En ese caso, evidentemente no morí por la covid. No debe haber un período de recuperación completa. Si me dio la covid y me morí dos meses después, entonces no me morí de la covid. Una muerte a causa de la covid-19 no puede atribuirse a otra enfermedad, como, por ejemplo, un cáncer u otra enfermedad preexistente, pero sí gatillar la muerte final. La covid-19 debe anotarse o registrarse en el certificado médico de causa de muerte para todos los fallecidos en los cuales la enfermedad se supone que causó o contribuyó a la muerte. Esas son las recomendaciones que dio la OMS a Chile y a todos los países del mundo en abril de 2020.

Así, por ejemplo, en cuanto a las causas de muerte, si alguien muere será por una neumonía, una insuficiencia respiratoria que le produjo una neumonía. En este caso, la causa básica de defunción sería, por ejemplo, la covid-19; por el contrario, si alguien tuvo un shock hipovolémico por una disección aórtica a causa de un accidente vehicular y además estaba contagiado, evidentemente no se murió de la covid. ¿Cuándo podría ser? Si él estuviese en la UCI y además sufriera una neumonía, que finalmente gatillara la muerte, también quedaría como una causa probable.

Además, de acuerdo con la OMS para los distintos países, se han definido diversos términos sugerentes al momento de analizar los certificados de defunción de las distintas variables para que idealmente no haya una subestimación de casos. Así, se señalan dos tipos de código para definir cuáles son las causas de muerte. Es decir, ya no hablamos de casos probables o de casos confirmados, porque, cuando nos referimos a fallecidos, nos estamos refiriendo a muerte por covid con virus identificado o muerte por covid con virus no identificado. Esos son los dos códigos. Para contar los muertos ambos códigos se suman, lo que nuestro país, de manera un poco mañosa, no ha hecho en sus vocerías públicas hasta la actualidad. El diagnóstico no identificado puede ser un

diagnóstico clínico epidemiológico, lo cual, como ustedes vieron, tiene mucha relevancia, considerando la sensibilidad de la PCR y el momento pandémico en el que vivimos. Entre eso están, por ejemplo, el escáner de tórax, que a veces tiene hasta más sensibilidad que la propia PCR, además de los casos probables y los casos sospechosos. Todos esos casos deben estar confirmados en el punto U07.2, lo cual señaló la OMS a nuestro país en abril del 2020, más allá de las recomendaciones que se hicieron previamente.

En cuanto a nuevas notificaciones actuales, desde junio de 2020, la misma OMS ha declarado que además de los casos, como señaló la periodista Alejandra Matus, es necesario conocer el total de las muertes combinadas, sean naturales o no naturales, como también todas las otras en las que se mencione la covid-19, por cualquiera causa, porque ellos quieren hacer una estadística global, y las causas subyacentes de muerte por el origen la causa basal de la covid-19. Esto es muy relevante porque, como indicó la señora Matus, lo más probable es que el día de mañana los países se comparen no por los pacientes que se murieron por la covid, sino por el exceso de muertes totales. Los equipos de salud que solo se dedicaron a atender a pacientes covid y dejaron que sus pacientes de infarto o de cáncer estuvieran desplazados, como ocurre actualmente en nuestro país, lo más probable es que nuestra comparación con esos países deberá ser de forma global, en términos del impacto en la sobrevivencia de nuestros ciudadanos, en comparación previo a la pandemia.

En la siguiente imagen aparecen las cifras que preparó la doctora Danuta Rajs, a quien agradezco por su trabajo, ya que da cuenta de cómo se iban haciendo las vocerías del Minsal –en color azul- y las cifras que fue elaborando el DEIS. Más o menos en marzo, con los datos proporcionados por la vocería, se da cuenta de un registro propio -al parecer, según lo que hemos conocido por la propia prensa- construido por llamadas telefónicas a 16 seremis del país. Posteriormente, entendiendo que había un importante subregistro que ellos también identificaban, se fueron sumando a los datos entregados por el propio Registro Civil en materia de fallecidos. Mientras todo esto ocurría, el DEIS registraba, codificaba e informaba los registros de certificados de defunción, que era la manera correcta de contar los fallecidos. A mediados de mayo, frente a las gestiones del Registro Civil, esto que habitualmente se hacía de forma semanal se empezó a hacer de forma diaria.

En el gráfico ustedes pueden ver que, alrededor del 7 de junio de 2020, se tuvo que hacer una corrección de más de 649 casos y, el 17 de julio, de más de 950 casos por el subregistro que existía por parte de los

fallecidos en materia de la covid-19. Si uno mira lo que hasta la actualidad se mantiene en materia de vocerías públicas de casos de fallecidos, hasta el día de hoy se mantiene que el registro elaborado por parte del Ministerio de Salud es solamente para el código 701 de casos confirmados. Todavía no se acoge la indicación de elaborar el total de casos de fallecidos, donde ya existió un análisis del certificado de defunción, que son los datos DEIS, que al 30 de septiembre superaban los 17.000 casos.

¿Cuáles son, a nuestro juicio, los problemas fundamentales en el manejo de cifras?

Primero, da cuenta de la falta de transparencia. Aquí quiero ser bien responsable y decir que es necesario esclarecer si dicha falta de transparencia fue activamente establecida por parte de la autoridad, tanto para los procesos de recogida, análisis y difusión de los casos y de los fallecidos, que –a nuestro juicio- debe ser investigado por la fiscalía, porque no se ha podido establecer si existió un grado de intencionalidad o dolo en torno a esa definición, y aquí me hago responsable en referir que ni yo ni el equipo de expertos que nos asesora como Colegio Médico, entendemos la cadena lógica de tener un mecanismo alterno, paralelo, para no subestimar los casos, que finalmente terminó desestimando más de 30.000 casos.

En materia de fallecidos, evidentemente, este mecanismo no contó con los procesos, quizás, o no los estableció formalmente, como era requerido, para las propias autoridades para hacerlo de manera más formal, utilizando instituciones como el DEIS, del propio Ministerio de Salud, para poder conformarlos de buena manera.

Han existido repetidos cambios en lo comunicado, lo que evidentemente genera una información de riesgo confusa para la ciudadanía, y poca rigurosidad técnica. Recientemente hemos ido conociendo esos mecanismos sui generis, como dijo la doctora Danuta Rajs, en torno a los mecanismos de conteo de cifras.

Para finalizar, nuestras sugerencias:

Primero, quiero hacer un punto en torno a la relevancia de esta comisión. A pesar de que no todas las definiciones se toman en materia de fallecidos, creemos que las falencias han debilitado la fe pública de la institucionalidad salud pública, que veníamos forjando desde los años cincuenta. El establecimiento de responsabilidades tiene que ser corregido, sobre todo para recuperar la fe pública por parte de la ciudadanía. En ese sentido, esta comisión no solo mira para atrás. Lo más probable es que cuando se acerque el otoño, y

todavía no tengamos una vacuna disponible, volvamos a ver un recrudecimiento de los casos.

En materia de procesos, de protocolos, de cómo se mencionan los fallecidos y de cómo se transparenta la información, esta comisión podría colaborar de forma trascendental para que no se sigan cometiendo los errores del pasado y para establecer mecanismos transparentes para recuperar la confianza, y en esa línea, también, tener la colaboración de los equipos y de la comunidad académica, que ha estado disponible para contribuir desde el primer día.

Necesitamos mayor transferencia de cifras y procesos. Todavía hacemos el conteo de casos de fallecidos solamente en torno a los casos confirmados y eso es inentendible después de todo lo que ha pasado, de todas las aclaraciones de la propia Organización Mundial de la Salud; una comunicación clara sobre cambios y sus fundamentos; utilizar las fortalezas de las entidades técnicas y apoyarse con los expertos, porque se puede entender, sobre todo para materia de casos -no tanto en materia de fallecidos-, que se haya tomado determinaciones de mecanismos paralelos. Pero en materia de fallecidos, el gobierno cuenta con un consejo asesor, que pudo haber hecho recomendaciones para haber hecho, por ejemplo, el recuento solo de los fallecidos hospitalarios. Si los declaraban, pudo haberse comprendido que se hiciera un conteo y no aspirar a hacer un conteo diario, sin la debida revisión de los certificados de defunción. En tal sentido, hubo varias recomendaciones, presentadas de forma reiterada, pero ellos tomaron determinaciones solamente amparados dentro de la cúpula del Ministerio de Salud, sin incorporar a los equipos que debían participar en esas definiciones.

Además, hay que esclarecer las limitaciones existentes, que son importantes. Pero a nuestro juicio, el mayor problema que ha tenido el manejo de las cifras de fallecidos, es perder toda la credibilidad en una institucionalidad que tenía el respaldo de los ciudadanos, sobre todo en un momento como este.

\*\*\*\*\*

**La señora MATUS, doña Alejandra**, expresa respecto de cómo se tomaron las decisiones sanitarias, no tengo más información que la pública, pero cada vez que se tomó una medida de cuarentena, parcial, total o se

levantó una cuarentena los datos que se esgrimieron para esas decisiones siempre fueron los que se informaron públicamente.

Nunca hubo, por lo menos durante la administración Mañalich, una admisión de que se conocían los datos que manejaban otros departamentos del propio ministerio, como el DEIS y la Diplas.

En cuanto a la estrategia de contagio de rebaño en Chile -que nunca fue una estrategia avalada por la OMS ni por ningún organismo técnico-internacional validado en esta materia-, sí se esgrimía, y esta forma de presentar los datos sí servía de fundamento, porque se hablaba de que en Chile había poca letalidad y cada vez que se informaba el número de fallecidos, por lo menos durante marzo y buena parte de abril, se hacía énfasis en que los fallecidos o eran muy ancianos o tenían enfermedades de base. Entonces, se atribuía más bien a condicionantes externos y no a la incapacidad preventiva o curativa del Estado.

Ahora, si tuvo impacto en la comunidad informar la menor cantidad de fallecidos, por supuesto, porque la información de riesgo mientras más transparente y clara, sobre todo respecto de los riesgos reales, permiten una mayor adhesión a las medidas.

Respecto de si yo creo que, en realidad, el virus que circula en Chile es más leve que el que ha circulado en otros países, o si creo que existe una posibilidad mínima de fallecimientos, o si considero que es suficiente con aislar ciertas comunas por un tiempo corto, voy a tener conductas de mayor riesgo. Pero creo que el impacto mayor es respecto de la proyección y de la preparación para esa proyección de fallecidos, porque si uno sigue los informes diarios de marzo y abril cuando se decía que el punto peak iba a ocurrir en los primeros días de mayo, era un punto peak leve; incluso, se llegó a hablar que había una especie de meseta, y como los datos que se informaban eran mucho más leves de la realidad, no se preparó y no se tomaron las medidas suficientes para prevenir el peak que realmente ocurrió a fines de mayo, junio y julio donde los servicios de Salud se vieron superados, donde hubo gente que murió en las salas de espera y personas que fueron enviadas a las casas a morir.

Se ha hablado mucho que en Chile no ocurrió el dilema de la última cama, como en Italia por ejemplo, y es posible que se haya visto menos ese fenómeno, porque hay una manera de actuar y de desestimar el esfuerzo terapéutico antes de que la persona llegue a requerir la cama. En el fondo, las personas eran analizadas en los servicios de urgencia y si esta tenía equis edad o equis enfermedad de base, se le enviaba a los que se llamó

eufemísticamente hospitalización domiciliaria. Incluso, en muchos casos se mandó a hospitalización domiciliaria sin test PCR.

Entonces, obviamente, si esa persona llegaba a fallecer fuera del hospital, sin siquiera haber optado al ventilador, por supuesto que no produjo la presión de la última cama, pero sí aumentó la cantidad de exceso de fallecidos y de muertes domiciliarias, o sea, en el fondo se tomaba la decisión a priori por falta de recursos y no por maldad.

El último impacto en la comunidad es también la posibilidad de la colaboración externa. Recientes publicaciones llaman a esta pandemia una sindemia, porque son muchos los factores no solo de salud, sino sociales y socioeconómicos que inciden en la gravedad e impacto en la vida y salud que va a tener esta pandemia, y sociedades desiguales como la chilena pagan un costo mayor que sociedades más igualitarias. Por lo tanto, también al informar información, por lo menos parcial, respecto de la realidad se privó el Estado de Chile de la colaboración de numerosos expertos y analistas que podrían haber contribuido con otras miradas no solo desde la medicina ni de las estadísticas, sino también desde la sociología, la economía e, incluso, la antropología. Entonces, se intentó cerrar la información y dar una sola versión oficial, según mi parecer, de un modo temerario que tuvo todos estos efectos que señalé y, como señala el propio informe de la fiscalía, pudo redundar en un mayor número de contagios y de muertes que si se hubiera hecho de otra manera.

\*\*\*\*\*

**La señorita SICHES, doña Izkia**, expresa que en materia de cifras, cree que es muy relevante que esta comisión considere que, hasta la actualidad, el manejo público de la cantidad de casos de fallecidos sigue siendo disgregado entre los códigos U071 y U072, lo cual, a nuestro juicio, no corresponde. Desde abril de 2020 la indicación del OMS es sumarlos, por lo cual la vocería del Ministerio de Salud debería complementarlos como un todo, lo cual nos hace percibir que hay un manejo mañoso de las cifras.

¿Qué ocurrió en este sentido?

Quizá, un manejo un tanto centralizado. Se pueden entender mecanismos alternativos, pero utilizando las personas técnicamente capacitadas para esto dentro de la Diplas, del Ministerio de Salud y del DEIS, en donde no hubo una participación directa. Creo que esta no es la primera vez en que el Ministerio de Salud, liderado particularmente por el exministro Jaime

Mañalich, tiene este modo de actuar. Así ha pasado con el brote de meningitis en el pasado y así lo hemos visto también en materia de cifras.

A nuestro juicio, la parte más relevante es evidentemente lo que está en investigación hoy en la fiscalía: si existe algún grado de intencionalidad en el ocultamiento de cifras, sobre todo de casos, donde sí se toman determinaciones en torno a las medidas desde el punto de vista epidemiológico, por parte de las autoridades sanitarias.

El Colegio Médico de Chile no fue consultado ninguna vez para el manejo de cifras de casos. Hicimos una serie de recomendaciones tanto para considerar los casos probables como para cambiar las definiciones de casos. Eso está registrado en cada una de las minutas que fuimos entregando al Ministerio de Salud, pero no fuimos consultados en esta materia.

En relación con la estrategia de rebaño, creo que también es materia de investigación por parte de la fiscalía. Hoy, medidas claramente controversiales, como el levantamiento de las cuarentenas de forma precoz, de lo cual la evidencia a la fecha ha dado cuenta de que eso es una mala medida; las cuarentenas dinámicas, la propia inmunidad de rebaño y el carnet covid-19.

Todas esas medidas controversiales debieron haber sido consideradas desde el punto de vista médico, siempre intentado crear el menor impacto, intentando ser más precavidos y, frente a la falta de certidumbre desde el punto de vista de la evidencia científica hasta el momento, no haber avanzado en esa línea.

Es por eso que, a nuestro juicio -lo hemos señalado así también a la fiscalía-, es necesario completar esta investigación, ya que sumar el manejo de cifras junto a estas medidas que iban planteando una estrategia de inmunidad de rebaño podría producir no solamente la intencionalidad de generar un aumento de casos, sino que, por consecuencia, también el aumento de fallecidos. Es donde, a nuestro juicio, es necesario tener un relato más coherente, ya que haber abandonado, en contra de las sugerencias del propio Consejo Asesor del gobierno, completamente la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento desde marzo, donde llegan los primeros casos a nuestro país, hasta cinco meses con posterioridad es absolutamente, a nuestro juicio, inentendible, sobre todo respaldando estas medidas controversiales. Esperamos que la fiscalía pueda esclarecer justamente esta materia.

Si esta cantidad de fallecidos colaboró o no, o su subnotificación y este manejo sui géneris, en el impacto de la pandemia, creo que

es difícil poder esclarecerlo, pero, sin duda, un aumento de casos hubiera ejercido mucha más presión, como es lo que ocurrió cuando aumentaron los casos de forma global y se tuvieron que sumar los casos activos, estos más de 30.000 casos en el recuento de la pandemia, que finalmente termina dando la salida al exministro Mañalich.

Eso, sin duda, hubiera producido una presión distinta frente al gobierno, a la opinión pública y también a no solamente la forma del recuento de casos, sino que la forma de conducción de toda la pandemia por parte del Ministerio de Salud, a nuestro juicio, errada en el sentido de particularizar algunas autoridades de gobierno y no entender que esto requería una política de Estado.

Cabe recordar que habiendo nueve casos en el país al 8 de marzo, todavía no había transmisión comunitaria. El gobierno no había tomado determinación alguna de medidas para la ciudadanía.

El Presidente de la República hizo una actividad masiva en La Moneda el 11 de marzo. Ese no era el momento epidemiológico de las restricciones a la circulación, porque el gobierno no había definido la transmisión comunitaria, desde el punto de vista epidemiológico. Pensar hoy, con posterioridad, que no había que salir en ese momento es algo que carecía de sustento técnico para haber hecho recomendaciones de ese tipo, pero sí el control fronterizo porque en marzo ingresaron más de 570 casos a nuestro país. Ese argumento ha sido utilizado mañosamente por algunos sectores, pero no tiene cabida alguna en la lógica. Como usted señala, muchas veces la lógica no está dentro del análisis que se está haciendo. Pero, quiero hacer el punto en torno a lo que se está investigando -me imagino- en una comisión como esta.

El problema no es la cantidad de olas, pues lo más probable es que en otoño viviremos el mismo peak que hoy está viviendo todo el hemisferio norte. El problema es que en este país se tomaron determinaciones de cómo contar las cifras a espaldas de la comunidad médica y de las comisiones científicas, sin contar el Comité de Brote Covid-19, regido por decreto, y además subestimando. Eso es parte de la investigación de la comisión, en la que ustedes deben establecer si eso tuvo o no un impacto y por qué se tomaron esas determinaciones. ¿Por qué? ¿Para dañar al Gobierno? No, si el entonces ministro de Salud ya dejó el cargo; de hecho, no sé si el gobierno puede estar más mal de lo que ya está. Esto no puede ocurrir nuevamente en el futuro y ese es el punto de aprendizaje.

Quizá, es de suma relevancia revisar. Todos los países serios desarrollan procesos de auditoría, se autoauditan, paran a los 100 días, revisan qué han hecho bien y qué han hecho mal para comprender la relevancia de que esas determinaciones tienen impacto. La pregunta no es si murió más o menos gente, porque los fallecidos ya murieron, sino saber por qué se hicieron recuentos distintos. A nuestro juicio, el número de fallecidos no tiene tanto impacto en torno a las determinaciones, pero sí en materia de casos, pues es sumamente importante esclarecer si había una intencionalidad detrás de contar menos casos para no establecer mecanismos de control de la pandemia. ¿Por qué ocurre aquello? Porque eventualmente se podría estar buscando una inmunidad de rebaño y eso sería algo gravísimo que se debe esclarecer. Aunque no lo aclarará esta comisión, espero que lo haga la Fiscalía.

Así que espero que un organismo fiscalizador como la Cámara de Diputadas y Diputados no se vuelva en una cosa partidaria o de si son de gobierno o de oposición. La idea es que todos los sectores intenten hacer el punto respecto de los errores que no pueden volver a ocurrir, de lo contrario, la próxima pandemia o el rebrote en la próxima estación de otoño nos encontrará con la misma fragilidad institucional, ya que no se puede depender de las decisiones unipersonales del ministro de turno.

\*\*\*\*\*

**La señora MATUS, doña Alejandra**), indica, en primer lugar, respecto de por qué era importante sobre todo al comienzo establecer, de la manera más cercana a la realidad, el número de fallecidos por covid, porque en un comienzo había mucha dificultad para testear. Entonces, conociendo estudios internacionales que había al respecto, si el número de fallecidos era 1.000, entonces era posible predecir o asumir que los contagiados en ese momento eran 100.000, independientemente de la capacidad de testeo y trazabilidad del virus que, como se ha informado en la comisión, se había perdido a mediados de marzo.

En segundo lugar, en cuanto al Servicio de Registro Civil e Identificación, dicha institución no entregó esa información pública sino hasta después de las publicaciones que hice. Se hizo un sumario al director jurídico y a otra persona del Registro Civil, por haber entregado esa información a la persona que me la hizo llegar. También sería bueno saber por qué salió del cargo el director del Registro Civil hace poco tiempo. Aun cuando no tengo

pruebas para sostenerlo, creo que los intentos para contener y evitar que la información se hiciera pública no solo se hicieron por parte del Ministerio de Salud. Me consta que ambos funcionarios estuvieron suspendidos de sus cargos por haber entregado esa información, la cual es de naturaleza pública en su origen y que dicho Servicio nunca había negado anteriormente.

Incluso, ante otras peticiones de transparencia posteriores a las que hice, la Dirección del Registro Civil dijo que no le correspondía informar el número de fallecidos y remitió las preguntas al DEIS, instancia que tampoco las entregaba a tiempo. Las respuestas a las preguntas que hice al DEIS en marzo o mediados de abril me llegaron en junio y solo con la información de marzo y abril y no actualizadas.

El Instituto de Salud Pública, entidad a la que también dirigí consultas por vía de transparencia, se negó a informarnos con el argumento de que la pandemia impedía entregar esa información, por lo que tuve que recurrir al Consejo Para La Transparencia (CPLT). Finalmente, solo después de una acción de amparo que presenté ante ese Consejo, el Instituto de Salud Pública me informó en octubre de la línea de alzamiento de los test en marzo y parte de abril.

En consecuencia, me parece que no es tan claro que no haya habido presiones sobre otros servicios fuera del Ministerio de Salud para contener esa información.

\*\*\*\*\*

**El señor MIERZEJEWSKI, director nacional subrogante del Servicio de Registro Civil e Identificación,** expresa que lo primero que quiere informar es que el Registro Civil no determina las causas de muerte, solo las registra, lo que es algo relevante de informar. Lo que hacemos nosotros es la copia textual del certificado médico de defunción. Eso es lo primero que quiero explicar.

En resumen, el proceso es el siguiente. En primer lugar, se requiere el certificado de defunción de la persona, que tiene un plazo de 3 días para concurrir al Servicio de Registro Civil e Identificación. Con ese certificado se inscribe la defunción en nuestro sistema.

Ahora, hay algunas diferencias, porque en mayor porcentaje las personas que fallecen en Chile lo hacen en hospitales o centros clínicos, o hay un doctor que lo certifica. Si es que no hubiese un doctor que lo certifique, en casos excepcionales, hay una inscripción que se hace por testigos,

donde se requieren dos testigos que deben ir ante el oficial civil y constatar el fallecimiento, la identidad y el cadáver de la persona.

Eso es *grosso modo* lo que hace el Servicio.

El Registro Civil, hasta antes de junio, entregaba esa información compartida con el Minsal y con el INE, a través de un convenio tripartito, y dejaba la información disponible en FTP, que es un protocolo de transferencia de archivo, pero que básicamente es una casilla electrónica en donde se dejaba disponible la información -todos los lunes- al Minsal y al INE.

A partir del 4 de junio, producto de la pandemia, el Minsal solicitó que fuera diario, razón por la cual comenzamos a dejar esa información en forma diaria. Por lo tanto, todos los decesos que se registraban y que se inscribían en el Servicio empezaron a quedar disponibles en forma diaria para el Minsal y para el INE.

Otra cosa que quiero aclarar es que el Registro Civil atiende de lunes a viernes y, producto de la pandemia, el 6 de junio, se incorporó el trabajo de oficinas durante los fines de semana, particularmente, en Quinta Normal y en calle Huérfanos. Por lo tanto, a contar de esa fecha, se pudieron inscribir defunciones no solo de lunes a viernes, sino también los fines de semana, sábados y domingos.

Para explicar el efecto de las cifras, como los fines de semana no había inscripción, había un requerimiento que se generaba y no ingresaba en el sistema; por lo tanto, el día lunes se ingresaban generando, obviamente, un mayor cantidad de defunciones, que luego se informaban de forma diaria al Minsal.

El 18 de mayo, como Registro Civil, disponibilizamos un portal de datos de defunciones que estaba en la página *web* del Servicio, donde había un *banner* que decía "Portal de datos del Registro Civil", con el objeto de ver diariamente las defunciones, obviamente totales, porque el Registro Civil –reitero- no ve las causas de muerte; por lo tanto, no estamos hablando de que la institución hablaba de covid o no covid, sino que de todas las muertes, en genérico, lo que se disponibilizó el 18 de mayo, con un portal en el que se podía ver el total de defunciones.

El 6 de junio se incorpora la atención de fines de semana; el 27 de junio, al incorporarse el trabajo de fines de semana, se incorporan los requerimientos, que se hacían el lunes, ahora en línea, el fin de semana, para evitar el efecto de rebote que aparecía los días lunes.

El 11 de julio se abrieron oficinas en regiones, en Valparaíso, Concepción, Los Ángeles y Chiguayante, para recibir la información que estaba disponible.

Me gustaría destacar que a partir del 4 de junio se empieza a entregar la información diariamente al DEIS, que es el organismo del Minsal que lo recibía, en la carpeta que se comparte a través de un servidor, con usuarios y *password*, encriptado, con todas las medidas de seguridad que solo podía ver el personal del Minsal; por lo tanto, empezaron a recibir diariamente la información.

El Registro Civil lo que hace –permítanme un ejemplo- es ver las muertes totales porque no podemos discriminar. Por tanto, el registro es de muertes totales. A modo de ejemplo, imaginemos que quinientos era la cifra que, más o menos, se daba en esa fecha, cuatrocientas o quinientas personas, y lo que daba el Minsal o las cifras a las que se refería la señora Matus eran por covid. Entonces, esto es un subconjunto del total. Imaginemos que había 500 defunciones, de las cuales doscientas cincuenta a trescientas eran covid y el resto era por otras causas. Como nosotros, como Registro Civil, no podemos discriminar solo registramos y no decidimos cuál es la causa de muerte, informábamos –a modo de ejemplo- el número 500. Eso iba al DEIS, que en su minuto era semanal, y ellos elaboran y definen qué es o no es covid. Por lo tanto, una cifra era total y la otra era un subconjunto de la cual no llevábamos el conteo, porque la verdad es que lo que viene en el certificado de defunción, escrito a mano, es que en algunos decía la palabra covid y en otros otra. Es algo que hace un ser humano y por lo tanto no tiene una cierta lógica de codificación. Y eso es lo que se transcribe, íntegramente, en el Registro Civil.

Para terminar y para resumir, eran cifras distintas. Una era el total de defunciones a nivel país y la otra era un subconjunto. Esa es la diferencia que veíamos en esas cifras.

Se entregaba solo para abundar más en la información, se entrega el detalle de las quinientas personas, en mi ejemplo, y cada persona va con el rut, nombre, etcétera y, además, causal 1, causal 2, causal 3, que es lo que se transcribe del certificado de defunción. Entonces, en algunos -me tocó revisarlo- no decía la palabra covid, pero hay cosas más técnicas o de médico que el DEIS puede interpretarlas. Nosotros no interpretamos, solo transcribimos y entregamos, pero así es.

Se hizo básicamente con pago de horas extras a funcionarios del servicio el aumento en la carga laboral. Para hacerlo no se contrataron nuevos funcionarios. Son los funcionarios que estaban y que

trabajaron sábado y domingo, en cierto horario, pero no hubo contrataciones adicionales. Eso es lo que a mí me informaron. Obviamente, con el pago de horas extras que correspondía a esas instancias.

Para aclarar, hubo 21 días, entre que se parte el 6 de junio y el 27 de junio, en que no se digitaban en línea. Se empezaron a digitar en el mismo junio en el sistema porque se tuvo que hacer una adecuación al sistema porque si la persona tiene que ser inscrita, por ejemplo, en Renca tiene que ir a la oficina de Renca y solamente de Renca. Tuvimos que hacer una adecuación al sistema que nos tomó un tiempo para poder permitir que en otra oficina se pudieran inscribir, porque la ley dice que tiene que ser inscrito donde fallece.

Sobre la preocupación del Ministerio de Justicia, estuve en reuniones y me consta que hubo bastante preocupación. También lo primero que hicimos fue tratar de transparentar más. A lo mejor no se dio en el minuto, pero por eso se trabajó en un portal de datos que mostraba, exactamente, la cantidad por región y por comuna de las muertes. Ahí se mostraba una cantidad de muertes, pero que fuera transparente la cantidad total de muertes inscritas en el Registro Civil. Esto estuvo el 18 de mayo y también fue por petición del Ministerio de Justicia el plan de acción que se fue tomando.

Nosotros entregamos la información diariamente en una carpeta –como les decía- electrónica. Las dejamos disponibles con todas las medidas de seguridad y ellos la rescatan con un usuario y una *password*.

\*\*\*\*\*

### **III.- PONENCIAS.**

La señora **Izka Siches**, presidenta del Colegio Médico de Chile ilustra que antes de la Pandemia venían de una Falta de Credibilidad en Instituciones y autoridades; el Estallido Social; la Desobediencia Civil; el Sistema Sanitario Fragmentado; y el Desmantelamiento Equipo MINSAL Pandemia H1N1.

Comenta que el equipo de expertos del colegio son:

**Departamento de Políticas de Salud y Estudios**

- Roberto Estay.
- Cristóbal Cuadrado.
- Francisca Crispi.
- **Sociedades Científicas.**
- **Consejos Regionales COLMED**
- **Departamentos COLMED**

**Grupo asesor COVID19, Colegio Médico de Chile**

- Jeanette Vega.
- Jeannette Dabanch.
- Manuel Nájera.
- Gabriel Rada.
- Marcelo Pérez.
- Mauricio Canals.

A continuación da a conocer los principios de la estrategia del Colegio Médico.



PROTECCIÓN DE LA VIDA



COLABORACIÓN

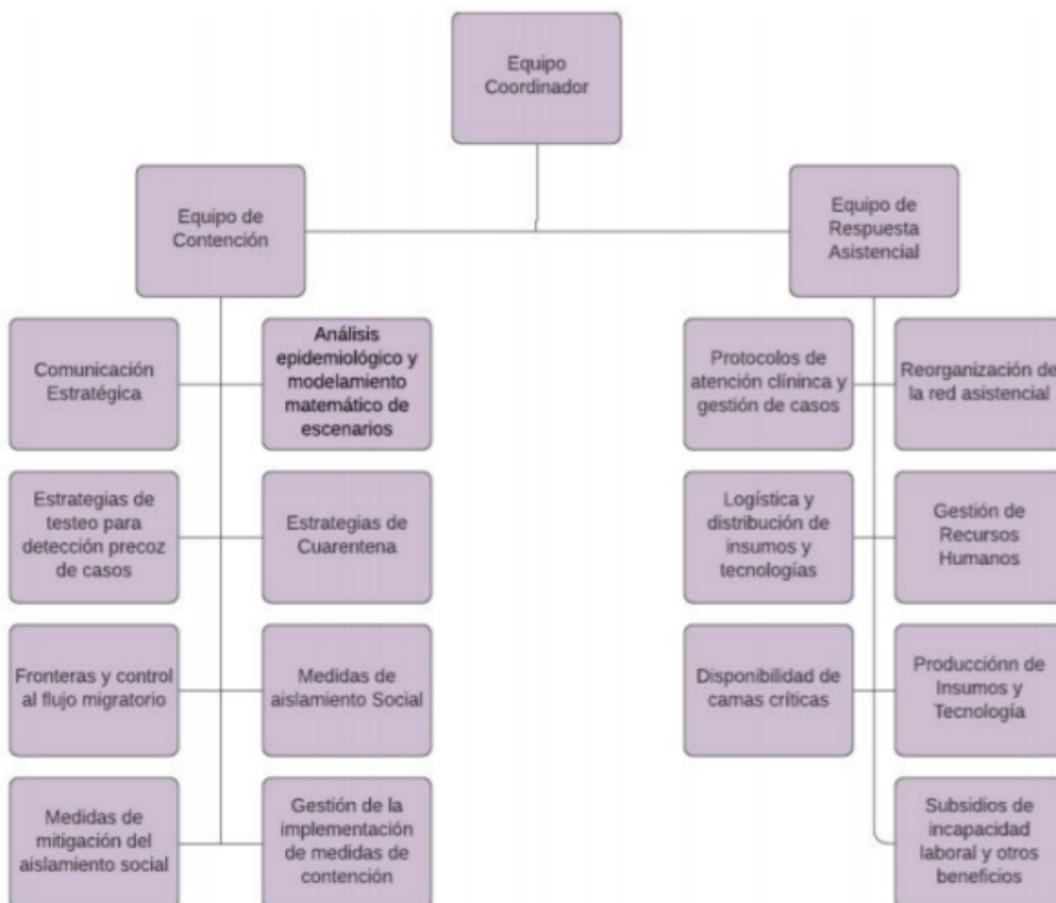


TRANSPARENCIA



EVIDENCIA

Dice que la propuesta al Presidente de la republica Realizada el día 16 de marzo de 2020.



Señala la rectoría Sanitaria en Pandemia.

- Reglamento Sanitario Internacional (2005), OMS.
- Decreto N° 230/2008 del Ministerio de Relaciones Exteriores que promulga Reglamento Sanitario Internacional.
- Código Sanitario D.F.L. N° 725 de 1968 del Ministerio de Salud. • Decreto N° 156/2002 del Ministerio del Interior, que aprueba el Plan Nacional de Protección Civil.
- Decreto Supremo 158 de 2004 del Ministerio de Salud de Chile sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria.
- Resolución Exenta número 157 del 07 de marzo del 2008, del Ministerio de Salud de Chile, que crea el Centro Nacional de Enlace al interior del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile.
- **Resolución Exenta Número 730 del 28 de octubre de 2008, del Ministerio de Salud de Chile, que crea la Comisión Nacional de Respuesta a Brotes y Emergencias Sanitarias.**

Manifiesta que el plan de preparación y respuesta para una pandemia de influenza.

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el impacto de una Pandemia en términos de mortalidad, morbilidad, desorden social e impacto económico.</li> <li>• Comisión Nacional de Respuesta a Brotes y Emergencias Sanitarias.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Interior</li> <li>• Ministerio de Hacienda</li> <li>• Ministerio de Relaciones Exteriores</li> <li>• Ministerio de Educación</li> <li>• Ministerio del Trabajo</li> <li>• Ministerio de Agricultura (SAG)</li> <li>• FFAA y de Orden</li> <li>• Sociedades Científicas</li> <li>• Asociación Chilena de Municipalidades</li> <li>• Asociación de Isapres</li> <li>• Universidades u otras instancias de estudios que se requieran.</li> <li>• Otros</li> </ul> |
|---|---|



Con relación al problema con el manejo de cifras.

Dice que la definición de casos del día 2 de marzo de 2020.

#### **Caso Sospechoso:**

- Enfermedad respiratoria aguda, sin otra etiología que explique y con historia de viaje o residencia en un país con transmisión local Covid19 14 días previos.
- Enfermedad respiratoria aguda, contacto con un caso confirmado o probable 14 días previos
- Infección respiratoria aguda grave sin otra etiología.

**Caso Probable:** Caso sospechoso con panel inespecífico positivo y test específico no concluyente.

**Casos Confirmado:** Caso sospechoso con test específico positivo

Definición de casos de 5 de octubre de 2020.

**Caso Sospechoso:** Cuadro agudo con 2 o más síntomas compatibles con Covid19. (fiebre, tos, disnea, dolor torácico, odinofagia, mialgias, escalofríos, cefalea, diarrea o pérdida olfato o gusto)

**Casos Confirmado:** Caso sospechoso + RT PCR SARS-CoV-2 positivo.

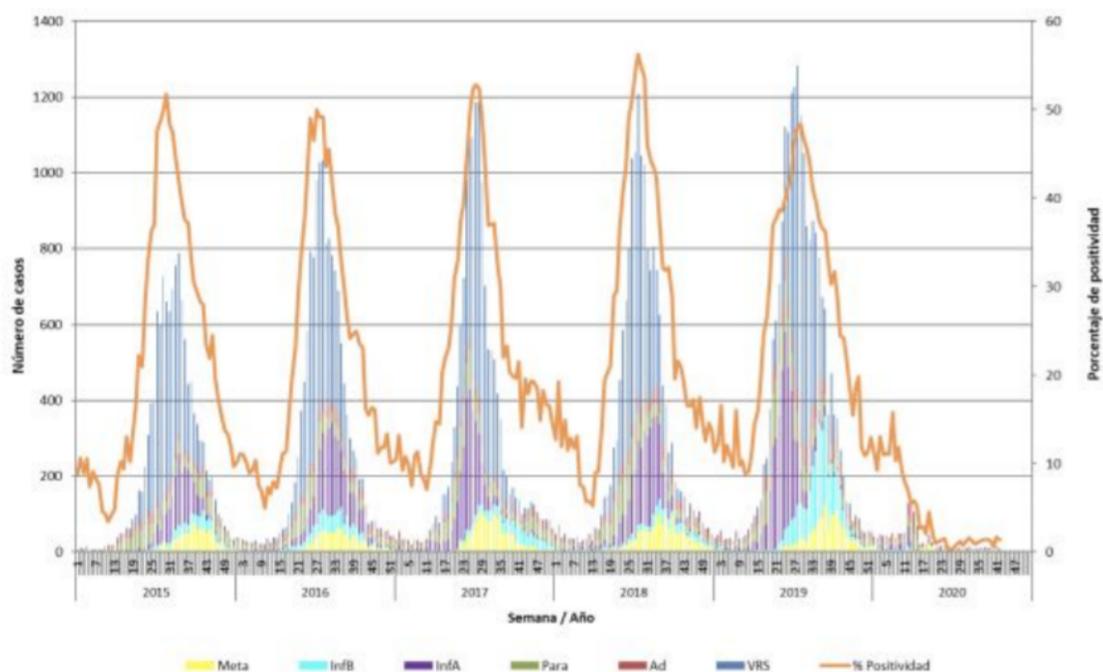
**Caso Confirmado Asintomático:** Asintomático que en BAC con RT PCR SARS-CoV-2 positivo.

**Caso Probable:**

- Caso Sospechoso con RT PCR SARS-CoV-2 Indeterminado o prueba antigénica positiva.
- Caso Sospechoso contacto estrecho de caso confirmado (<14 días)
- Caso Sospechoso con RT PCR Sars Cov 2 Negativo pero TAC Tórax característica de Covid19
- Pérdida brusca de olfato o gusto sin otra causa

<https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/>

## Vigilancia Virus Respiratorios ISP: Semana 43.



## RT PCR



Gran especificidad, próxima al 100%

Sensibilidad variable dependiendo del momento del proceso infeccioso, es decir, de la carga viral, y del lugar de toma de la muestra.

Entre el día 0 y el 7º tras el comienzo de la enfermedad, las sensibilidades -tanto para pacientes leves como severos- fueron:

- Espujo: 89%
- Nasal: 73%
- Oro-faringe: 60%

*“Si bien se desconoce la sensibilidad y la especificidad exactas de las pruebas de RT-PCR para COVID-19, parece que una prueba positiva es muy sugestiva de COVID-19 verdadero, pero una prueba negativa no descarta la enfermedad. Los pacientes y proveedores en áreas epidémicas deben asumir que tienen la enfermedad si tienen los signos y síntomas de la enfermedad, incluso si la prueba fue negativa”*

Evaluating the accuracy of different respiratory specimens in the laboratory diagnosis and monitoring the viral shedding of 2019-nCoV infections. doi: 10.1101/2020.02.11.

Zitek T. The Appropriate Use of Testing for COVID-19. West J Emerg Med. 2020 Apr 13;21(3):470-472. doi: 10.5811/westjem.2020.4.47370. PMID: 32302278; PMCID: PMC7234686.

Con relación a como saben cuántos y cuáles muertes se deben a Covid -19.

Convenio entre:

- Ministerio de Salud (MINSAL)
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
- Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel).

Convenio tripartito interinstitucional para las estadísticas vitales.



aboración: Dra. Danuta Rajš

Flujo de información:



Producción de las estadísticas de mortalidad.

### Certificado médico de defunción

El **instrumento de recolección** de estos datos es el Certificado Médico de Defunción, **documento legal y estadístico**, normado por el Código Sanitario y uno de sus reglamentos, el Reglamento para la Extensión del Certificado Médico de Defunción (Decreto 460 de Salud de 1970). Otras normas asociadas se encuentran en el Reglamento de Cementerios (Decreto 357 de Salud) y en la Ley de Registro Civil y sus reglamentos.

Datos médicos: modelo internacional de certificado médico de causas de muerte.

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.	DURACION ENFERMEDAD
CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)	
a) «Debida a» o «Como consecuencia de»	
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)	
b) «Debida a» o «Como consecuencia de»	
c)	
ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)	

Los contenidos del Certificado Médico de Causa de Muerte obedecen a un orden lógico, que el médico debe respetar al llenar el formulario.

Con relación a la muerte por Covip- 19 comenta la siguiente lámina.

“Una muerte por COVID-19 se define para fines de vigilancia como una **muerte resultante de una enfermedad clínicamente compatible**, en un caso **COVID-19 probable o confirmado**, a menos que exista una causa alternativa de muerte que no pueda estar relacionada con la enfermedad COVID (por ejemplo, trauma). No debe haber un período de recuperación completa de COVID-19 entre la enfermedad y la muerte.

Una muerte por COVID-19 no puede atribuirse a otra enfermedad (por ejemplo, cáncer) y debe contarse independientemente de las condiciones preexistentes que se sospecha que desencadenan un curso grave de COVID-19.”

“**COVID-19** debe anotarse/registrarse en el certificado médico de causa de muerte para **TODOS** los fallecidos donde la enfermedad causó, o se supone que causó o contribuyó a la muerte.”

WHO/HQ/DDI/DNA/CAT: ORIENTACIÓN INTERNACIONAL PARA LA CERTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN (CODIFICACIÓN) DEL COVID-19 COMO CAUSA DE MUERTE , ABRIL 2020

**Cuadro A: Datos médicos: Parte 1 y 2**

1 Reporte la enfermedad o condición causante directamente de la muerte en la línea a  Reporte la cadena de eventos en debido orden (si aplica)  Anote la causa básica en la última línea usada		Causa de muerte		Intervalo de tiempo entre el comienzo y la muerte
		a	Síndrome de dificultad respiratoria aguda	2 días
		b	Debido a Neumonía	10 días
		c	Debido a COVID-19 (prueba positiva)	14 días
		d	Debido a	
2 Otras condiciones significantes que contribuyeron a la muerte (se pueden incluir los intervalos de tiempo entre paréntesis después de cada afección)		Causa básica de defunción		
<b>Manera de morir</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Agresión (homicidio)	<input type="checkbox"/> No puede determinarse		
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Intervención legal	<input type="checkbox"/> Investigación pendiente		
<input type="checkbox"/> Lesiones autoinfligidas Intencionalmente (suicidio)	<input type="checkbox"/> Guerra	<input type="checkbox"/> Desconocido		



Nota: Este caso presenta una secuencia típica con un certificado que se ha completado correctamente. Recuerde indicar si el virus que causó COVID-19 había sido identificado en la persona fallecida.

WHO/HQ/DDI/DNA/CAT: ORIENTACIÓN INTERNACIONAL PARA LA CERTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN (CODIFICACIÓN) DEL COVID-19 COMO CAUSA DE MUERTE , ABRIL 2020

**Cuadro A: Datos médicos: Parte 1 y 2**

1 Reporte la enfermedad o condición causante directamente de la muerte en la línea a  Reporte la cadena de eventos en debido orden (si aplica)  Anote la causa básica en la última línea usada		Causa de muerte		Intervalo de tiempo entre el comienzo y la muerte
		a	Shock hipovolémico	1 día
		b	Debido a Disección aórtica	1 día
		c	Debido a Accidente de vehículo de motor	2 días
		d	Debido a	
2 Otras condiciones significantes que contribuyeron a la muerte (se pueden incluir los intervalos de tiempo entre paréntesis después de cada afección)		COVID-19		
<b>Manera de morir</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Agresión (homicidio)	<input type="checkbox"/> No puede determinarse		
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Intervención legal	<input type="checkbox"/> Investigación pendiente		
<input type="checkbox"/> Lesiones autoinfligidas Intencionalmente (suicidio)	<input type="checkbox"/> Guerra	<input type="checkbox"/> Desconocido		

NO FUE MUERTE POR COVID-19



Nota: Las personas con COVID-19 pueden morir de otras enfermedades o accidentes, tales casos no son muertes debido a COVID-19 y no deben certificarse como tales. En caso de que se piense que COVID-19 agravó las consecuencias del accidente, puede informar COVID-19 en la Parte 2. Recuerde anotar la información sobre la manera de morir y anotar en la parte 1 el tipo exacto de incidente u otra causa externa.

WHO/HQ/DDI/DNA/CAT: ORIENTACIÓN INTERNACIONAL PARA LA CERTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN (CODIFICACIÓN) DEL COVID-19 COMO CAUSA DE MUERTE , ABRIL 2020

Términos que la OMS ha instruido considerar como sinónimos de covid-19 para fines de codificación de las causas de muerte.

**Ejemplos de términos utilizados por los médicos certificadores para describir COVID-19 y que pueden codificarse como sinónimos de COVID-19:**

- COVID positivo
- Neumonía por coronavirus
- Infección por COVID-19
- Infección Sars-Cov-2 (infección por coronavirus dos)
- Infección por coronavirus COVID-19
- Infección por COVID-19 (informado por forense)
- Neumonía adquirida en el hospital: COVID-positivo
- Virus Corona dos (SARS-Cov-2)
- Neumonía por Virus Corona (COVID-19)
- Infección por el virus Coronavirus-Dos
- Nuevo coronavirus

**Ejemplos adicionales de términos utilizados por los médicos certificadores para describir COVID-19 en América Latina:**

- Enfermedad respiratoria aguda n-Cov
- Enfermedad respiratoria por COVID-19
- Neumonía grave/probable COVID-19
- Neumonía viral, COVID-19
- Neumonía multifocal SARS COV2

WHO/HQ/DDI/DNA/CAT: ORIENTACIÓN INTERNACIONAL PARA LA CERTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN (CODIFICACIÓN) DEL COVID-19 COMO CAUSA DE MUERTE, ABRIL 2020

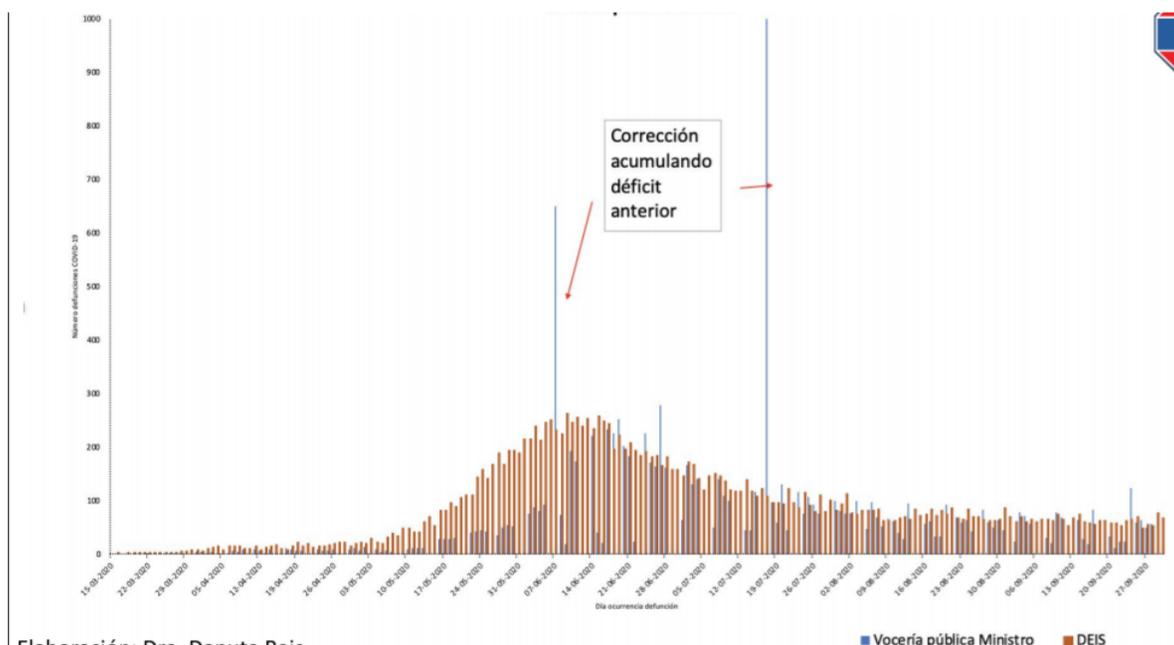
Lineamientos para la codificación de Covid-19 para la mortalidad.

**Nuevos códigos de CIE-10 para COVID-19 para Vigilancia OMS:**

- **U07.1 COVID-19, virus identificado**
- **U07.2 COVID-19, virus no identificado**
  - Diagnóstico clínico-epidemiológico de COVID-19
  - Caso probable de COVID-19
  - Caso sospechoso de COVID-19

WHO/HQ/DDI/DNA/CAT: ORIENTACIÓN INTERNACIONAL PARA LA CERTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN (CODIFICACIÓN) DEL COVID-19 COMO CAUSA DE MUERTE, ABRIL 2020

Defunciones diarias por Covid -19, informado por vocería pública del Ministro y por DEIS, desde el 15 de marzo al 30 de septiembre de 2020.



Plantea que el problema en el manejo de cifras de fallecidos, obedecen a la falta de transparencia en los procesos de recogida, análisis y difusión de los casos y fallecidos durante la pandemia; repetidos cambios en lo comunicado (confusa para todos); y la rigurosidad técnica (muchas dudas).

Sugerencias para el manejo de datos futuros: recuperar la fe pública; mayor transparencia de cifras y procesos; comunicación clara sobre cambios u sus fundamentos; utilizar y fortalecer las capacidades técnicas y experiencia del estado; apoyo con expertos; y esclarecer limitaciones existente.

\*\*\*\*\*

**La señora Paula Daza Narbona, Subsecretaria de Salud Pública**, explica que la muerte es el hecho vital que refleja con mayor fuerza el impacto de una determinada patología en la población.

Además de los aspectos legales involucrados, una certificación médica de la causa de muerte que sea rápida y precisa es esencial para fines de salud pública, ya que favorece una adecuada planificación sanitaria y la asignación de recursos acorde a los diferenciales de mortalidad identificados en la población.

El Sistema de Estadísticas Vitales en Chile es continuo, obligatorio y centralizado. Se encuentra organizado bajo el marco de un acuerdo interinstitucional respaldado por un convenio tripartito que data del año 1982, actualizado con el Decreto N°68 del año 2012 y la ADENDA del 2018.

## Sistema de Estadísticas Vitales

Convenio tripartito de 1982, Decreto N° 68 del año 2012 y ADENDA de 2018

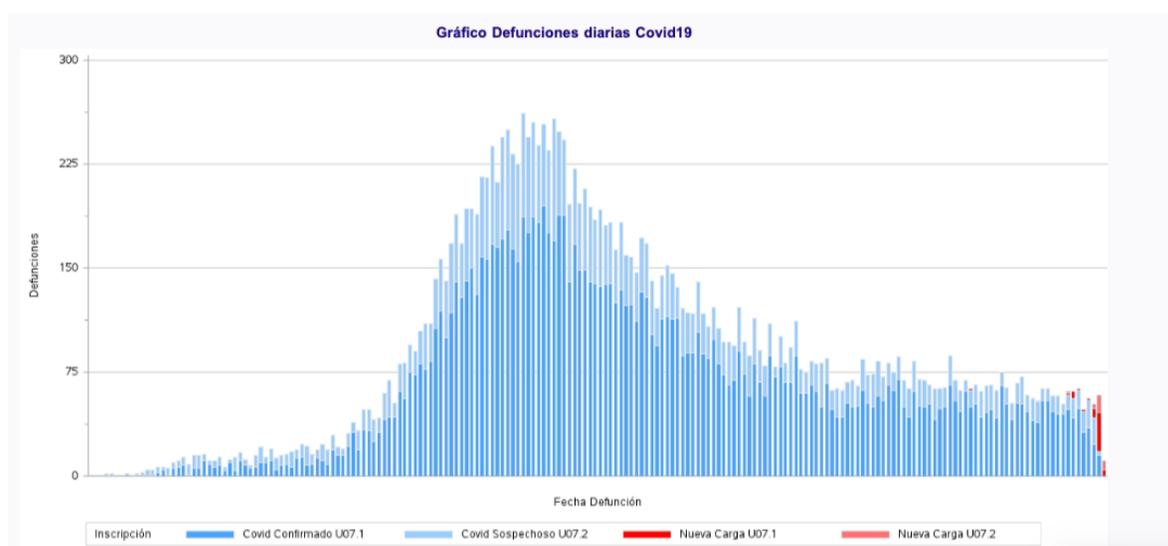
- Servicio de Registro Civil e Identificación
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud
- Instituto Nacional de Estadísticas

Plantea que la recolección de la información de hechos vitales, para cada año calendario, tiene un período de 15 meses de duración, en el cual el DEIS cierra su año estadístico el 31 de marzo del año siguiente, iniciándose de esta forma el proceso de validación de la base de estadísticas vitales en conjunto con el INE.

Lo anterior, no implica que durante el desarrollo del año se dispongan de estadísticas de hechos vitales para la gestión, que puedan ser utilizadas para la toma de decisión o vigilancia.

Es importante considerar que mientras más recientes las cifras son más sensibles a actualizaciones o rectificaciones posteriores.

**Sistema de Reporte de Fallecidos debido a COVID-19 en Chile.**



OMS  
7 de Junio

**Medical certification, ICD mortality coding, and reporting mortality associated with COVID-19**

Technical note  
7 June 2020

World Health Organization

**Purpose**

This technical note describes medical certification of cause of death and classification (International Classification of Diseases [ICD] mortality coding) of deaths related to COVID-19. The primary goal is to identify all deaths due to COVID-19 in all countries, including those not yet following WHO international norms and standards for medical certificates of cause of death and ICD mortality coding. It also addresses the related issue of estimating all deaths associated with the COVID-19 pandemic. The document is divided into three sections: identifying COVID-19 deaths, coding COVID-19 deaths, and measuring and reporting crude mortality in the context of the COVID-19 pandemic (excess mortality).

**Definition of deaths due to COVID-19**

- A death due to COVID-19 is defined for surveillance purposes as a death in a probable or confirmed COVID-19 case, unless there is a clear alternative COVID disease (e.g. trauma). There should be no period of complete recover death.
- A death due to COVID-19 may not be attributed to another disease (e.g. cancer) pre-existing conditions that are suspected of triggering a severe course of COVID-19.
- Deaths due to COVID-19 are the ones that are counted in cause of death data (death certificate).

Medical certification, ICD mortality coding, and reporting mortality associated with COVID-19: Technical Note

Frame 4: Medical data: Part 1 and 2		
1	Cause of death	Time interval from onset to death
Report disease or condition directly leading to death on line a	a Heart failure	1 day
Report chain of events in due to order (if applicable)	b Due to: Myocardial infarction	5 days
	c Due to: [Underlying cause of death]	
	d Due to: [Underlying cause of death]	
2 Other significant conditions contributing to death (time intervals can be included in brackets after the condition)		
COVID-19		
Manner of death		
<input checked="" type="checkbox"/> Disease	<input type="checkbox"/> Assault	<input type="checkbox"/> Could not be determined
<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Legal intervention	<input type="checkbox"/> Pending investigation
<input type="checkbox"/> Intentional self-harm	<input type="checkbox"/> War	<input type="checkbox"/> Unknown

**NOT COVID-19 DEATH**

Note: The clinical illness and sequence of events leading to death may indicate that even in the presence of COVID-19 a person dies due to other conditions, as in the example above. Such cases are not deaths due to COVID-19 and should not be certified as such. The eventual presence of COVID-19 may then be recorded in part 2 of the certificate, in case it might have influenced the course of the condition leading to death.

“Las personas con COVID-19 pueden morir debido a otras afecciones, como infarto de miocardio. Tales casos no son muertes debidas a COVID-19 y no deben certificarse como tales.”

Consejo Asesor  
12 de Junio

Vigilancia, registro y certificación de defunciones durante la pandemia de COVID-19.  
Consejo Asesor COVID-19 Ministerio de Salud Chile, 12 de junio 2020

- Recomendaciones
1. Reportar semanalmente en el informe epidemiológico la estadística actualizada de defunciones causadas por COVID-19 resultante del proceso de codificación del DEIS, incluyendo tanto las defunciones con virus identificado (confirmado) como con virus no identificado (probable). Desagregar estas cifras a lo menos por sexo, grupo de edad y lugar de residencia (región y comuna).
  2. Reporte diario: se recomienda informar el resultado de la notificación de los decesos ocurridos en los centros hospitalarios en las 24 horas previas, donde fallece la mayoría de los casos. Explicar que lo que se reporta es un subconjunto del total de defunciones, pero ello permite establecer una tendencia confiable. Se recomienda reconstruir esa tendencia desde el inicio de la pandemia, enfatizar que esta estadística es informada por región de ocurrencia de la muerte, mientras el de CMD es por residencia del fallecidos. Recaltar que el registro completo de defunciones se dará a conocer una vez por semana en el reporte epidemiológico por residencia de los fallecidos, incluyendo casos confirmados y probables.

Consejo Asesor  
12 de Junio

Vigilancia, registro y certificación de defunciones durante la pandemia de COVID-19.  
Consejo Asesor COVID-19 Ministerio de Salud Chile, 12 de junio 2020

La OMS en su documento sobre estrategias de vigilancia para COVID-19 sugiere vigilar las defunciones usando sistemas complementarios; uno de ellos es la notificación basada en hospitales, donde se reporta las defunciones de pacientes con diagnóstico de COVID-19 dentro de las 24 horas de ocurrida. Esta notificación idealmente puede ser complementada con notificación de decesos que ocurren en la comunidad, o en otros centros centinelas (hogares de ancianos y otros) en forma diaria o al menos semanal. Adicionalmente recomienda vigilar la mortalidad basada en los sistemas de estadísticas vitales usando los CMD.

Recomendación  
OMS del 7 de junio

Resumen Auditoría  
CGR  
21 Agosto

**CONCLUSIONES**

Atendidas las consideraciones expuestas durante el desarrollo del presente trabajo, la Subsecretaría de Salud Pública ha aportado antecedentes e iniciado acciones que han permitido salvar parte de las observaciones planteadas en la Minuta N° 2, de 22 de junio de 2020, de esta Entidad Fiscalizadora.

En efecto, respecto del numeral 1, sobre el menor número de fallecidos por COVID-19 informados oficialmente por el MINSAL el 10 de junio de 2020, se determinó que a esa data se reportó a la ciudadanía una cifra inferior de 2.200 defunciones con respecto al total de fallecimientos verificado por este Organismo de Control y luego confirmados por

Posteriormente, a partir del 17 de igual mes y año, el MINSAL efectuó un cambio de criterio para reportar las cifras oficiales de fallecidos, informando los datos registrados por el DEIS, lo que fue verificado por esta Entidad Fiscalizadora a través de la revisión de las diversas fuentes de información que dan cuenta de los casos reportados el día 23 de julio de esta anualidad, respecto de los cuales se advirtieron observaciones que formular, por lo cual la medida adoptada por el MINSAL permite subsanar lo observado.

Asimismo, se subsanan las observaciones de los numerales 4 y 5 sobre el eventual origen de las diferencias en el reporte de fallecidos del día 10 de junio de 2020 y sobre los criterios para la clasificación de defunciones producto del COVID-19, respectivamente.

En relación con el punto 2, considerando que desde el 15 de julio del año en curso, el DEIS informa diariamente los fallecimientos confirmados y sospechosos producto de COVID-19, a la División de Planificación Sanitaria y al Departamento de Epidemiología, dependencias de la Subsecretaría de Salud Pública, y que, ambos conceptos se relacionan con muertes relacionadas con COVID-19, no se advirtieron los motivos por los cuales tales cifras no son comunicadas a la ciudadanía de manera uniforme, es decir, cada vez que se reporten los casos de fallecimientos se consideren ambos conceptos -defunciones confirmadas y probables-, en concordancia con las recomendaciones de la OMS, no obstante, en el reporte diario se presenta una cifra menor -solo defunciones confirmadas-, situación que no permite una interpretación armónica de las cifras determinadas por los distintos actores del ministerio (DEIS y Departamento de Epidemiología).

Asimismo, en relación con el punto 3 no se avizoran las razones por las cuales para el cálculo de la tasa de letalidad se considera la información obtenida del Sistema EPVIGILA y no los datos entregados por el DEIS, considerando, además, que el MINSAL manifestó en su oficio de respuesta que el reporte de dicho departamento se aproxima más al número real de fallecidos y considera un análisis más detallado de dicha condición.

16



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE AUDITORÍAS ESPECIALES  
UNIDAD DE AUDITORÍAS ESPECIALES

DEIS en Ordinario A16 N° 2.607 del 8 de julio del 2020, lo que obedeció a que el criterio utilizado por el MINSAL consideraba solo los decesos que cumplían con la condición de contar con un examen PCR positivo y un certificado de defunción cuya glosa indicara expresamente el término COVID-19, el que no era consecuente con el del DEIS, el cual se basa en las reglas definidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Edición 10 (CIE-10), situación que se mantuvo desde el inicio de la pandemia hasta el 16 de julio de este año.

Experiencias internacionales.

europapress / internacional Publicado 19/05/2020 21:09:16 +02:00 CET

**Francia rectifica y sitúa en 28.022 la cifra total de muertos por el coronavirus tras corregir un "error de recuento"**

SOCIEDAD  
**Sanidad vuelve a rectificar el balance de fallecidos por el coronavirus y rebaja la cifra en casi 2.000**

MUNDO  
**China volvió a rectificar la cifra de muertos por coronavirus: el nuevo balance sitúa en 1.380 los fallecidos**  
Es el segundo día consecutivo en el que los números sorprenden: en el informe ofrecido ayer por las autoridades nacionales se añadieron más de 15.000 nuevos casos y 254 muertes, las mayores cifras registradas en un solo día hasta el momento

SOCIEDAD  
**Buenos Aires rectificó sus datos sobre coronavirus y sumó 3.500 fallecidos que no habían sido contabilizados**  
El ministro de Salud de esa provincia informó que unificaron la base de datos y actualizan a 12.566 el número de muertos.

\*\*\*\*\*

**El señor Jorge Bermúdez, Contralor General de la República,** señala que la pandemia no es solo un desafío sanitario, impedir su avance involucra la gestión completa de los Estados.



El método de contabilización y registro de cifras COVID es un tema controvertido a nivel mundial.

### Ousted dashboard manager questions Florida's transparency of school COVID-19 cases

Rebekah Jones was invited to speak at a virtual meeting on Monday called by Agriculture Commissioner Nikki Fried.

### Rusia y su baja tasa de muertes por Covid-19, ¿buena gestión o manipulación de datos?

### Coronavirus en Loreto: Reportes identifican nueve veces más muertes que cifras oficiales

**MUNDO**  
Gobierno argentino reconoció error en datos de muertes por coronavirus y pidió disculpas a países afectados

### Governo vai recontar número de mortos por Covid-19, diz secretário da Saúde

'Carlos Wizard, novo secretário da pasta, disse que os dados atuais são 'fantasiosos ou manipulados'

### Así se acomodan las cifras de Duque sobre COVID-19 frente a otros países

### Controversia por cifras de muertos con COVID-19 en el mundo: China, Ecuador, España y Reino Unido en entredicho

El gigante asiático admitió este viernes que los fallecidos en Wuhan son un 50% más que lo reportado originalmente. El español Fernando Simón reconoció que es "difícil" tener la cifra real de decesos.

### Cifras ocultas: México desatiende ola de muertes en la capital

Según un análisis hecho por el Times, la cifra de personas que pudieron haber muerto de la COVID-19 en Ciudad de México es más de tres veces la que muestran las cifras federales.

### Coronavirus: China aumenta un 50% el número de muertes por covid-19 en Wuhan pero niega estar ocultando información

Minsal pide a Contraloría auditar fuentes de información sobre fallecidos por Covid-19

Adaptación de Fiscalización: Planificación y Ejecución adaptable.

### 1. Modificación de planificación con enfoque en COVID-19

### 2. Modificación del flujo de las fiscalizaciones en todas sus etapas

- Constitución en Servicio de manera telemática.
- Uso de software de análisis masivo de datos.
- Remisión ágil y constante de observaciones.

### 3. Enfoque en la adopción de medidas correctivas de manera oportuna por los Auditados

Uso de datos en fiscalizaciones.



Desde 2017 hemos desarrollado una estrategia tendiente a la incorporación tecnológica, materializada en el **Sistema Integrado de Información de Contraloría (SIIC)**, integrando diversas fuentes de datos para un mejor control público

### Auditoría Especial revela inconsistencias en cifras de contagios de COVID-19 proporcionadas por sistema EPIVIGILA de la Subsecretaría de Salud Pública

1 Se constató que la información contenida en la plataforma EPIVIGILA al día 8 de junio de 2020 no contempló todos los casos de COVID-19, pues no se ingresaron todos derivados de laboratorios.

Una de las principales razones de que esto suceda, es:

- No todos los facultativos cumplieron con la obligación de reportar los casos
- No en todos los casos MINSAL realizó las acciones para ingresar los casos en la plataforma

2 Los datos se consolidan en EXCEL, lo que pudo conllevar faltas de control o errores en el manejo de datos, pues se detectaron RUT erróneos, nombres asociados a más de un RUT y registros incompletos

3 Además de estas diferencias en las cifras, no se pudo realizar un control efectivo de los pacientes con COVID-19 no notificados y sus contactos estrechos, al no encontrarse en la plataforma

4 Al día 9 de Junio, constatamos que existió una diferencia de 34.542 personas reportadas con COVID-19.

5 Al día 16 de junio, se actualizó el reporte oficial de MINSAL posterior a la remisión por parte de Contraloría, que incluye los hallazgos mencionados

5 Salud deberá remitir las bases y consignar las consecuencias de incorporar los datos de contagiados para la planificación, implementación y evaluación de las medidas de salud

6 Contraloría.cl

**El uso de datos también permite el desarrollo de fiscalizaciones**

El uso intensivo se materializa en un sistema central para la integración de información de fuentes de datos.

## SIIC. SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN DE CONTRALORIA

REPORTES COVID-19 AL DÍA

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS					INDICADOR DE PRESIÓN COMUNAL				IND. DE VULNERABILIDAD DEMOGRÁFICA			
CIFRAS PRINCIPALES					SELECCIONA UNA FECHA							
CONTAGIADOS Reporte Diario	CONTAGIADOS** (Rep. Epi.)	CASOS NUEVOS	CASOS ACTIVOS	PERSONAS EN UCI	FALLECIDOS DIARIOS	FALLECIDOS (Reporte Diario)	FALLECIDOS* (Rep. Epi.)	TASA LETALIDAD*	Nº VENTILADORES TOTALES*	% OCUP. VENTILADORES*	% OCUP. CAMAS UCI*	
453.868	504.932	2.222	12.761	891	58	12.527	16.744	3,3%	2.551	81,07%	77,63%	

REGIONES

REGIONES	CONTAGIADOS	CASOS NUEVOS	PERSONAS EN UCI	FALLECIDOS (REPORTE DIARIO)
ARICA Y P.	7.030	70	20	145
TARAPACA	11.572	41	12	226
ANTOFAGASTA	10.683	70	30	400
ATACAMA	6.798	44	7	105
COQUIMBO	13.699	50	26	204
VALPARAISO	26.799	177	96	816
DIAZ VIAL	15.982	124	50	404
MAULE	10.100	173	40	311
BIBIOTECA	0.136	56	10	114
BIOBIO	22.680	208	30	309
ARAUCANIA	6.911	158	11	108
LOS RIOS	1.679	39	2	58
LOS LAGOS	9.656	222	12	62
AISEN	7.470	14	2	1
MAGALLANES	284.591	282	18	19
METROPOLITANA	284.591	434	412	1.122

**El uso de datos permite desarrollar controles en tiempo real y ajustar nuestra planificación de auditoría**

Fiscalizaciones en curso relacionadas con COVID-19.



Fiscalización	N°	Objetivo	Estado
Auditoría especial a información sobre COVID-19	1 (4)	Comprobar que la información registrada en el "Sistema de Registro, Alerta y Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria", conocido como EPIVIGILA, sea fidedigna e íntegra en materias de COVID-19, de manera tal de determinar si los resultados publicados por el Ministerio de Salud corresponden a los informados por los distintos intervinientes - públicos y privados- para la obtención y consolidación de la información a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cifras contagiados con oficio final despachado.</li> <li>Cifras fallecidos con oficio final despachado.</li> <li>Trazabilidad en ejecución</li> <li>Sistema de Información EPIVIGILA en planificación.</li> </ul>
Auditoría ISP a procesos de exámenes para detectar COVID-19	1	Verificar que el ISP estableció medidas de monitoreo y control relacionados con los procesos de recepción, análisis de muestras y entrega de resultados de exámenes para detectar COVID-19, así como a la compra, recepción y pago de los bienes y servicios adquiridos en este contexto, como también al almacenamiento y resguardo de las especies.	En ejecución

**Estas auditorías, como muchas otras realizadas por CGR, tienen como materia auditada la observancia de "Protocolos de Actuación".**

Señala que el objetivo de la Auditoría es comprobar que la información relativa a la cantidad de casos contagiados con COVID-19, registrada en el "Sistema de Registro, Alerta y Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria", conocido como EPIVIGILA, sea fidedigna e íntegra, y que se hayan adoptado las medidas de control para el ingreso, procesamiento y reportabilidad de los datos, de manera de determinar si los resultados comunicados oficialmente por el MINSAL, el 9 de junio de 2020, correspondían a los reportes de los distintos intervinientes – públicos y privados - para la obtención y consolidación de la información a nivel nacional.

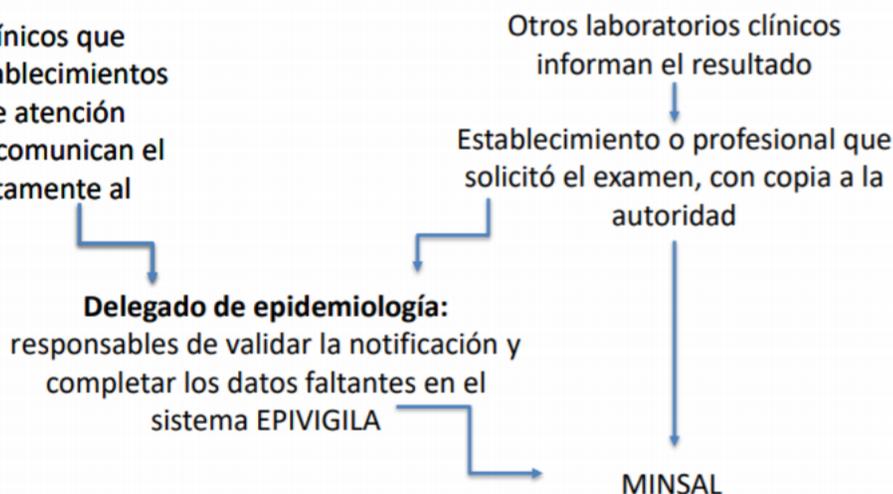
Manifiesta que el Decreto N°4 de 5 de febrero de 2020, del MINSAL, que decreta Alerta Sanitaria prescribe que, corresponde al MINSAL efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población, para lo cual le compete mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, investigar los brotes de enfermedades y coordinar la aplicación de medidas de control (considerando tercero).

Aclara que el sistema EPIVIGILA tiene como objetivo el registro y vigilancia de los casos de enfermedades de notificación obligatoria en el territorio nacional, cuyo propósito es que sea utilizado en los distintos centros de salud, ingresando los datos al momento de ocurrir una sospecha o un caso confirmado de alguna de esas enfermedades, completando para ello el formulario correspondiente, el cual posteriormente estará disponible para todos los usuarios del sistema, conforme a sus privilegios.

El sistema entrega información en tiempo real al MINSAL. SEREMIS de Salud recolectan datos sobre alguna enfermedad específica para su análisis y posterior interpretación, con el fin de tomar decisiones sobre la planificación, implementación y evaluación de medidas sanitarias orientadas a proteger la salud de la población. Fuente: Decreto N° 7 de 2019 del MINSAL que aprueba Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia.

Funcionamiento según dossier Depto. de Epidemiología.

El origen de la notificación nace con la atención de salud de un médico a un paciente con sospecha clínica de COVID-19 o que cuenta con la confirmación del resultado de laboratorio.



El Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, actualiza la información de los pacientes notificados en el referido sistema, respecto de si el resultado dio positivo o negativo.

A continuación da a conocer las observaciones detectadas.

1. Menor número de casos informados por el MINSAL como contagiados con COVID-19 Efectuado el cruce de datos registrados en el sistema EPIVIGILA de los casos confirmados con COVID-19, con la información

comunicada al MINSAL por los diversos laboratorios autorizados para efectuar exámenes PCR, se determinó una mayor cantidad de casos confirmados que aquella reportada a la ciudadanía, al 8 de junio de 2020.

Tabla N° 1: Diferencia de casos informados por el MINSAL como contagiados con COVID – 19

DETALLE DE CASOS	NÚMERO CASOS
(1) Casos confirmados con PCR positivo según laboratorios	173.331 <sup>10</sup>
(2) Casos clínicos confirmados según EPIVIGILA sin examen de laboratorio	3.388
(3) Casos clínicos confirmados según EPIVIGILA con examen negativo	582
Total casos confirmados con COVID-19 al 8 de junio de 2020 (1) + (2) + (3)	177.301
Casos informados a la ciudadanía según reporte al 9 de junio de 2020 con corte al día 8 de ese mes y año	142.759
Casos confirmados con COVID-19 no informados por la autoridad a la ciudadanía	34.542 <sup>11</sup>



Fuente: Elaboración propia con las tablas aportadas por el MINSAL

Los reportes diarios que da a conocer el MINSAL se efectúan solo tomando como base los casos notificados en el sistema EPIVIGILA, sin considerar casos que dieron PCR positivo, pero que: El médico que solicitó el examen no lo notificó en el aludido aplicativo; O personas que efectuaron el test sin una orden médica.

- El hecho de que el sistema EPIVIGILA no considere todos los casos confirmados con COVID-19 impide un control efectivo de ellos por parte del personal de las instituciones que efectúan acciones de fiscalización en terreno, como también, realizar su seguimiento y el de sus contactos estrechos.

- La Subsecretaría de Salud Pública señala en su respuesta que con fecha 16 de junio (tras la emisión de la Minuta N° 1 de la CGR) la autoridad incorporó al reporte diario a la ciudadanía 31.412 nuevos casos de contagiados por COVID-19. Los reportes diarios que da a conocer el MINSAL se efectúan solo tomando como base los casos notificados en el sistema EPIVIGILA, sin considerar casos que dieron PCR positivo, pero que: el médico que solicitó el examen no lo notificó en el aludido aplicativo; O personas que efectuaron el test sin una orden médica.

- El hecho de que el sistema EPIVIGILA no considere todos los casos confirmados con COVID-19 impide un control efectivo de ellos por parte del personal de las instituciones que efectúan acciones de fiscalización en terreno, como también, realizar su seguimiento y el de sus contactos estrechos.

- La Subsecretaría de Salud Pública señala en su respuesta que con fecha 16 de junio (tras la emisión de la Minuta N° 1 de la CGR) la autoridad incorporó al reporte diario a la ciudadanía 31.412 nuevos casos de contagiados por COVID-19.

La Sub. Salud Pública señala que se cotejaron los 177.301 casos informados por la CGR como contagiados, con el total de casos reportados a la ciudadanía el 25 de junio, constatándose que 173.302 de ellos estaban considerados en el informe de ese día:

Tabla N° 2: Diferencia de casos contagiados con COVID-19 según la Subsecretaría de Salud Pública

DETALLE DE CASOS	NÚMERO DE CASOS SEGÚN		DIFERENCIA
	CGR(*) AL 08-06-2020	MINSAL AL 25-06-2020	
(1) Casos confirmados con PCR positivo según laboratorios	173.331	171.850	1.481
(2) Casos clínicos confirmados según EPIVIGILA sin examen de laboratorio	3.388	1.320	2.068
(3) Casos clínicos confirmados según EPIVIGILA con examen negativo	582	132	450
Total casos confirmados con COVID-19 (1) + (2) + (3)	177.301	173.302	3.999

Fuente: Oficio ordinario A16 N° 2006 de 1 de julio de 2020, de la Subsecretaría de Salud Pública

El análisis efectuado por la Subsecretaría se basó en datos reportados al 25 de junio, 16 días después del corte efectuado por la CGR.

Tabla N° 3: Casos no reportados por el MINSAL y confirmados con COVID-19 en el sistema EPIVIGILA

DETALLE DE CASOS	NÚMERO DE CASOS
Casos confirmados en el sistema EPIVIGILA con examen de laboratorio positivo, omitidos del reporte (considerados en la diferencia de 34.542 casos citados en la tabla N° 1)	357
Casos confirmados en el sistema EPIVIGILA con examen de laboratorio negativo, omitidos del reporte.	874
Casos confirmados en el sistema EPIVIGILA sin examen de laboratorio, y no reportados.	4.836
Total casos	6.067

Fuente: Elaboración propia con las tablas aportadas por el MINSAL.

3. Inconsistencias de los registros contenidos en las bases de datos utilizadas por el MINSAL.

i. Sistema EPIVIGILA Se detectó: 2 casos duplicados, 5 casos sin identificación, y 582 casos confirmados por la autoridad pese a que figuran en la base de datos de los laboratorios con examen PCR negativo o resultado inválido, por lo que habría primado el examen clínico.

ii. Reportes de los laboratorios • Al inicio los resultados de los exámenes de los laboratorios certificados se enviaban al MINSAL en formato PDF, luego hubo un cambio de modalidad y se consolidaron en formato Excel. • No existe un sistema que automatice el procesamiento de dicha información. • Lo anterior implica el riesgo de que los datos contenidos en tales planillas puedan ser modificados. • Además se determinaron la siguientes inconsistencias:

INCONSISTENCIA	CANTIDAD DE REGISTROS
Campo RUT completado con caracteres alfanuméricos o textos tales como, "NN" y número "NO TIENE", "SINDATO", "CE79210", "AW12391".	5.126
Campo "NombreCompleto" no tiene formato único de llenado.	14.185
Campo "NombreCompleto" asociado a más de un RUT.	14.732

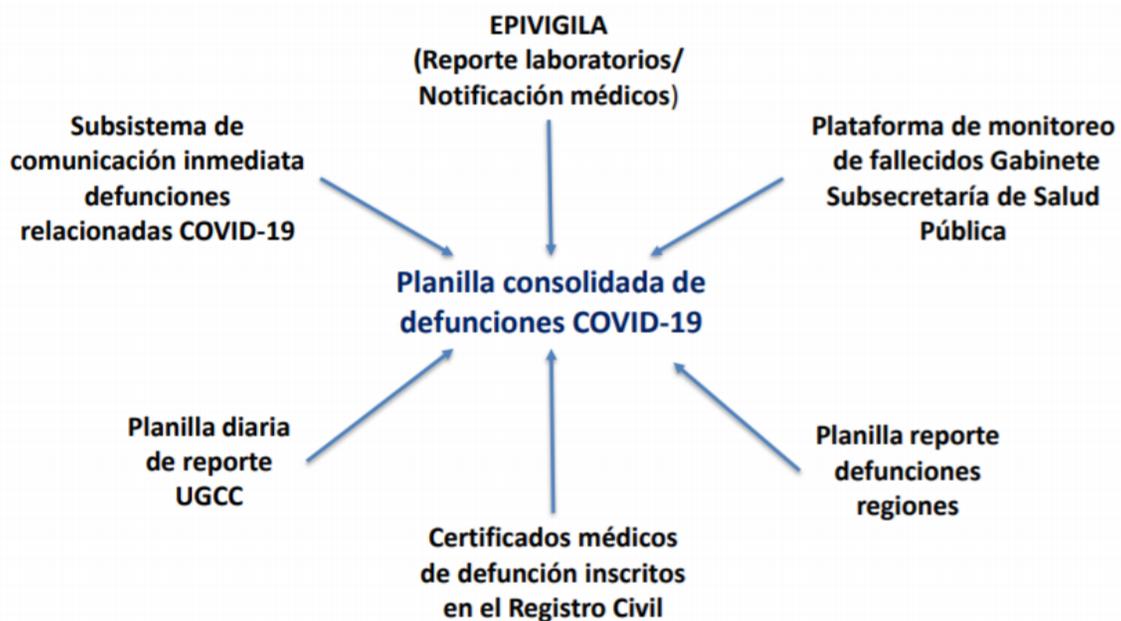
iii. Falta de mecanismos de control del cumplimiento de notificación en el sistema EPIVIGILA por parte de los médicos.

- Las SEREMI de Salud no ha implementado las acciones tendientes a detectar e instruir a los profesionales de la salud que no han cumplido con esa exigencia.

- Se detectó que en el listado de usuarios de EPIVIGILA, 135 personas cuentan con perfil notificador, pese a que no se encuentran registrados en la base de prestadores de salud (solo pueden ser usuarios con ese perfil los médicos).

- La observación anterior fue parcialmente subsanada, ya que con ocasión de la pandemia se contrató a médicos extranjeros sin EUNACOM.

Fuentes de información para el monitoreo de defunciones.



Realiza las siguientes observaciones.

1. Se constata un número menor de fallecidos por COVID-19 informados oficialmente por el MINSAL el 10 de junio de 2020.

Tabla N° 1: Fallecimientos de acuerdo con la base de datos del SRCel debido o relacionado a COVID-19 al 9 de junio de 2020.

DETALLE	CASOS SEGÚN CGR	CASOS INFORMADOS POR MINSAL	DIFERENCIA
Fallecimientos a causa de COVID-19 según base de datos del SRCel (CONFIRMADOS).	3.502	N/A	N/A
Fallecimientos a causa de COVID-19 según base de datos del SRCel (PROBABLES)	860	N/A	N/A
Fallecimientos por enfermedades respiratorias no registrados con COVID-19 en la base de datos del SRCel pero con PCR positivo o confirmado en EPIVIGILA.	255	N/A	N/A
Otras causas de muerte no registradas con COVID-19 en la base de datos del SRCel pero con PCR positivo o confirmado en EPIVIGILA.	148	N/A	N/A
<b>TOTAL</b>	<b>4.765</b>	<b>2.475</b>	<b>2.290</b>

Fuente: Base de datos del SRCel, de los laboratorios y del sistema EPIVIGILA, las dos últimas obtenidas del MINSAL.

Nota: No se consideraron aquellos casos con PCR positivo o confirmado en EPIVIGILA que fallecieron por otras causas no atribuibles a COVID-19 (ejemplo: traumas, encefalopatía hipóxico-isquémica y heridas penetrante).

N/A: No se obtuvo la base de datos que respalda el reporte de fallecidos del día 9 de junio de 2020.



- Mediante oficio ordinario B1 N° 3.220 de 7 de agosto de 2020 la Subsecretaría indica que el criterio utilizado para contabilizar fallecidos al 9 de junio de 2020, consideraba como condición indispensable que, en glosa del certificado de defunción indicara expresamente el término “COVID-19” como causa de muerte y, además contar con un resultado PCR positivo, criterio con el cual se obtuvo la cifra de 2.475 casos.

- Los reportes oficiales entregados a diario por el MINSAL presentaban información parcial respecto de los fallecidos por COVID-19, por cuanto no consideró los criterios utilizados por el DEIS en esta materia, pese a que, de acuerdo con sus atribuciones, a este último le corresponde llevar las estadísticas oficiales.

2. Sobre casos de fallecidos por COVID-19 informados el 23 de julio de 2020.

- El 17 de julio el MINSAL efectuó un cambio de criterio, que consistió en considerar las cifras registradas por el DEIS (búsqueda intencionada de reclasificación de defunciones, a través de combinación de resultados obtenidos de test PCR – positivo, negativo, no concluyente, sin examen – y registrados en EPIVIGILA – confirmados, descartados, sin notificación o sospechoso).

- El MINSAL agregó en el reporte diario oficial del 17 de julio de 2020 la cantidad de 1.057 decesos a causa de COVID-19.

- Dado el cambio de criterio y a petición del MINSAL la CG procedió a efectuar un nuevo análisis de los casos reportados como defunciones considerando los datos utilizados para el reporte del 23 de julio de 2020.

- Del análisis efectuado a los nuevos antecedentes proporcionados se constata:  
Fallecidos por COVID-19 determinados por el DEIS en reporte de 23 de julio.

Fallecidos confirmados con la enfermedad	8.838
Decesos sospechosos o probables	4.176
<b>Total defunciones</b>	<b>13.014</b>

Los decesos sospechosos o probables solo se incluyeron en informe semanal de defunciones por Covid-19, elaborado por el DEIS, que se anexa a informe epidemiológico.

3. Sobre la cifra de fallecidos considerada para el cálculo de la tasa de letalidad.

Tabla N° 3. Cálculo de la tasa de letalidad

INFORME EPIDEMIOLÓGICO		TOTAL CASOS ACUMULADOS	FALLECIMIENTOS				% TASA DE LETALIDAD	
N°	FECHA		SEGÚN INFORME EPIDEMIOLÓGICO	SEGÚN DEIS			SEGÚN INFORME EPIDEMIOLÓGICO	CONSIDERA CIFRA DE FALLECIDOS DETERMINADA POR DEIS (1)
				CONFIRMADOS	PROBABLES	TOTAL		
32	10-07-20	346.674	7.839	7.743	3.484	11.227	2,3%	3,2%
34	17-07-20	366.595	8.580	8.503	3.932	12.435	2,3%	3,4%
36	24-07-20	381.234	9.164	9.020	4.183	13.203	2,4%	3,5%
38	31-07-20	395.261	9.722	9.533	3.893	13.426	2,5%	3,4%
40	07-08-20	410.874	10.218	10.011	3.928	13.939	2,5%	3,4%

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de los respectivos informes epidemiológicos publicados en la página web del MINSAL.

(1): Según su informe de defunciones por COVID-19 al (...) adjunto al respectivo informe epidemiológico.

- Se constata que para el cálculo de la tasa de letalidad si bien se incluye a fallecidos confirmados y probables, se considera la información provenientes del sistema EPIVIGILA pero no del DEIS.

- Este sistema solo contempla los casos previamente notificados por los facultativos de la salud, y no todos los casos relacionados con COVID-19.

- Esto implica que para el cálculo de dicho indicador se usa una cifra inferior a la obtenida por el DEIS y no permite una interpretación armónica de las cifras determinadas por los distintos actores del Ministerio (DEIS y Departamento de Epidemiología), lo que podría afectar otros análisis que se desprendan de esta cifra.

4. Sobre el eventual origen de las diferencias en el reporte de fallecidos del día 10 de junio de 2020.

- Las diferencias radican en que hasta el 19 de junio de 2020 los reportes oficiales entregados a diario por el MINSAL solo consideraban los casos confirmados (certificados médicos de defunción con el término "COVID-19" entre sus causales de muerte y con PCR positivo).

- Esta situación fue subsanada con posterioridad al efectuar un cambio de criterio que consistió en considerar las cifras registradas por el DEIS en el reporte semanal.

5. Sobre los criterios para la clasificación de defunciones producto del COVID-19. Se constata que a contar del Informe Epidemiológico N° 27, de 19 de junio de 2020, el DEIS incorporó el informe de defunciones COVID-19, que clasifica la causa básica de defunción siguiendo las reglas del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), esto es, las

mueres confirmadas (código U07.1) y las muertes sospechosas o probables (código U07.2).

Concluye su exposición señalando que el ejercicio de un control público moderno exige el uso de herramientas tecnológicas. Lo anterior implica acceso a bases de datos y sistemas informáticos; software para el análisis de datos masivos y; contar con funcionarios capacitados. La pandemia plantea un escenario de incertidumbre y ha develado las debilidades que tenemos como Estado, pero también la necesidad de contar con un institucionalidad moderna y robusta, que actúe de forma coordinada.

\*\*\*\*\*

**El señor Carlos Sanz, jefe del Departamento de Estadísticas en Información de Salud**, explica que el Sistema de Estadísticas Vitales en Chile es continuo, obligatorio y centralizado. Se encuentra organizado bajo el marco de un acuerdo interinstitucional respaldado por un convenio tripartito permanente entre tres instituciones que data del año 1982, conformada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCEI) y el Ministerio de Salud a través del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Las estadísticas vitales no son publicadas hasta que queden cumplidas todas las etapas de depuración, revisión, validación y codificación de las bases de datos. Actualmente, los años 2018 y 2019, están en el proceso de validación.

#### Instituto Nacional de Estadísticas

- Validación de variables socioeconómicas
- Publica los datos Oficiales en el Anuario de Estadísticas Vitales

#### Departamento de Estadísticas e Información de Salud

- Codifica la causa básica defunción transcrita por el oficial del SRCEI
- Realiza completitud de las variables de salud
- Aplica reglas de codificación para mortalidad establecidas en CIE-10 edición vigente
- Aplica validaciones de coherencia, consistencia e incorpora cruce con otras fuentes de información

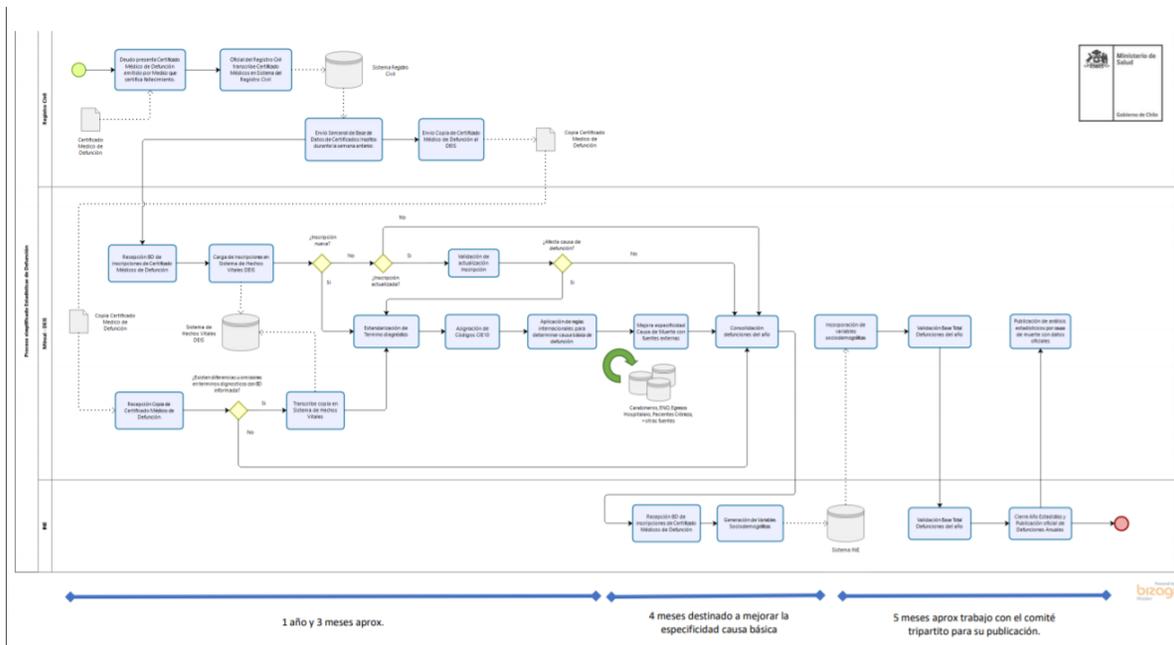


#### Médico

- Extiende el Certificado Médico de Defunción.
- Completa la causa inmediata, causas originarias y estados morbosos concomitantes

#### Servicio de Registro Civil

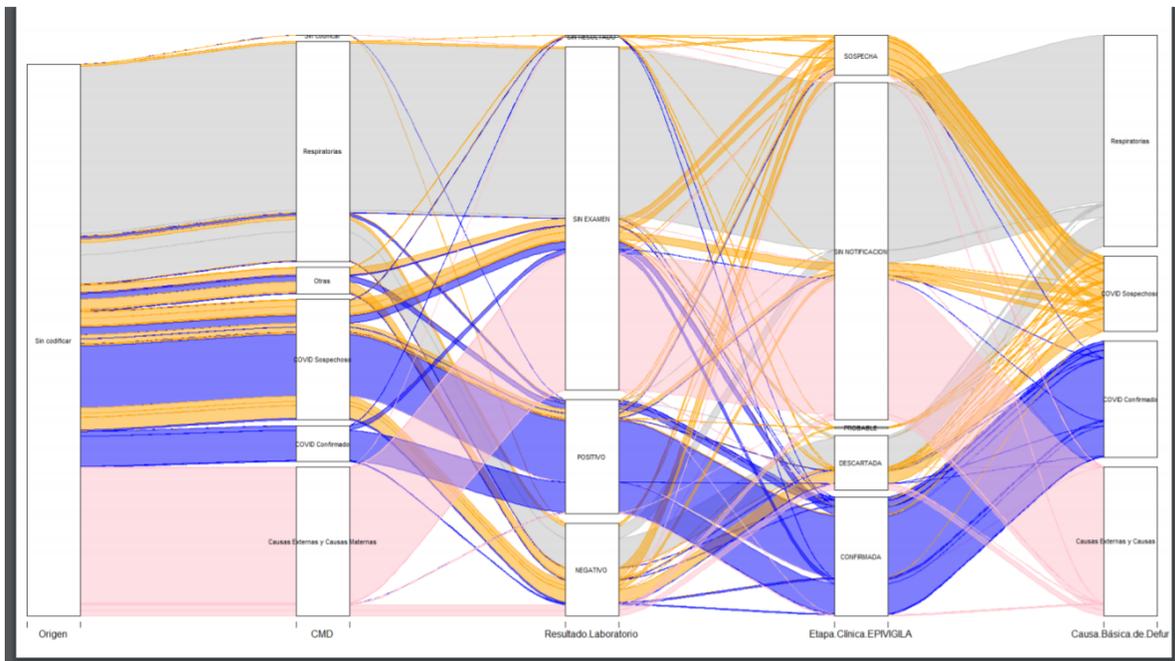
- El Deudo realiza la inscripción del hecho vital en el SRCEI del lugar de ocurrencia de la defunción
- El SRCEI genera un registro único, que almacena en su Base de Datos
- Periódicamente envía las inscripciones de defunciones



Expresa que en julio 2019 se realiza un levantamiento de proceso de codificación de defunciones. El cual generó una serie de recomendaciones para optimizar las tareas y lograr reducir los tiempos de generación de las Estadísticas de Defunción.

- Automatizar el proceso de carga de defunciones.
- Automatizar la estandarización de término clínicos y asignación de códigos.
- Utilización temprana de fuentes externas en el proceso de asignación de causa básica.
- Coordinación temprana entre Servicio del Registro Civil e INE, esto permitió disponer desde fines del 2019, la codificación de defunciones actualizadas semanalmente.

Comenta sobre la preparación Pandemia, que en el plan de acción, el proceso de codificación de defunciones no cambia. Desde marzo se incorporan las recomendaciones de la OMS: Códigos para clasificar las defunciones; Uso de fuentes externas; Recomendaciones para el correcto llenado del CMD; y <https://deis.minsal.cl/centrofic/#cursocmd>. Diseño e implementación de la búsqueda intencionada de defunciones por Covid19. Implementación del *dashboard* de control interno de defunciones. Coordinación con Registro civil, envió datos en forma diaria (junio).



**Estadísticas de defunción por causa**

- Años disponibles: 2016 – 2020
- Por mes de ocurrencia
- Región ocurrencia (residencia)
- Causa básica de defunción (CIE10)
  - Apertura especiales Covid19
- Apertura por grupo de categoría
- Distribución sexo/rango atareó



<https://deis.minsal.cl/>

Estadísticas de Defunciones por causa básica de muerte  
 Estadística de defunciones desde el año 2016 hasta el año en curso

**2020**

\*\*\*\*\*

**V.- CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES APROBADAS POR LA COMISIÓN.**

**I.- ANTECEDENTES.**

Como es de público Conocimiento el Covid 19 (SARS-Cov-2), sin discriminar ha golpeado a todo el mundo y a pesar de los intentos y

estrategias realizadas incluso por países desarrollados, en estos han visto enormes cifras de contagiados y de fallecidos a causa de esta pandemia. En la actualidad, estamos presenciando la “segunda ola” de la enfermedad, con un gigantesco rebrote del Covid-19 en Europa y otros países, que supera con creces la denominada “primera ola” del virus, esta misma situación de incremento en los contagios, ya se pronostica para nuestro país a partir de Enero del próximo año. Es por ello, que se requiere de manera urgente tomar las medidas necesarias para morigerar la situación y no aumentar exponencialmente el número de contagios o de fallecidos por Covid.

La Comisión Especial Investigadora, se constituyó en Julio del presente año, con el objeto de revisar “las actuaciones del Ministerio de Salud; el Ministerio de Justicia; el Servicio Médico Legal y el Registro Civil u otros organismos pertinentes en relación al eventual subregistro y subinscripción de defunciones por Covid 19, así como el proceso de confección de estadísticas oficiales relacionadas con dichas defunciones y las eventuales diferencias existentes entre dichos instrumentos”, y se tomaron en consideración para su creación los siguientes antecedentes:

1.- La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 30 de enero de 2020, la existencia de un riesgo para la salud pública internacional y el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró al Covid 19, como una pandemia dada la alta cantidad de personas infectadas, muertes y países con presencia del virus (114 hasta ese entonces).

2.- En Chile, la primera persona infectada se reportó en la ciudad de Talca el 3 de marzo del presente año.

3.- El día 14 de mayo, múltiples funerarias denunciaron que han debido tratar con cadáveres de contagiados por covid 19, pero que en su certificado de defunción registra otra causa de muerte como insuficiencia respiratoria o neumonía.

4.- La Ex Ministra de Salud y Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago, Helia Molina, indicó que según su parecer existía un “*subregistro de muertes*” ya que la letalidad del virus “*no considera a las personas adultas mayores que han muerto en los hogares de ancianos, en su domicilio o postradas*”. Por otro lado indicó que en muchos casos “*No se hace el PCR: mueren y se ponen causas de base como diabetes o*

*infartos. En un hospital pueden llegar pacientes graves. Puede que en menos de 24 horas se mueran: son obesos o tienen alguna patología de base. Y el certificado de defunción dice que la causa fue uno de esos factores, porque el examen del Covid-19 se demora más de 24 horas en llegar a los hospitales, y muchas muertes no figuran en el sistema como Covid-19”.*

5.- El 27 de mayo se dio a conocer, a través de un medio de comunicación que el día 25 de mayo, el Registro Civil registró 63 muertes más que las informadas por el Ministerio de Salud. Según la nómina del Registro Civil e Identificación, entre el 1 de marzo y el 25 de mayo de los 1.198 decesos 869 tienen como causal inmediata u originaria de muerte Covid-19 o SARS- CoV-2 y además de otras 316 rotuladas como “sospechosas”

6.- El 13 de junio Ciper publicó un reportaje que denunció que la cifra de fallecidos comunicada en el Reporte Diario por el ese entonces Ministro Jaime Mañalich era distinta e inferior a la reportada a la Organización Mundial de la Salud. Lo anterior dado que el DEIS seguía la metodología de la OMS para la contabilización de fallecidos mientras que el gobierno en el reporte diario solo contabilizaba los fallecidos con PCR positivo.

7.- La Organización Mundial de la Salud define en sus directrices la muerte por Covid 19 *“como aquella resultante de una enfermedad clínica compatible, sea un caso probable o confirmado por Covid 19, a menos que exista una causa relacionada que evidentemente no pueda ser relacionada con el Covid 19 (como por ejemplo un trauma)”.*

8.- El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) ha llevado el conteo de fallecimientos aplicando el criterio de la OMS contando aquellos casos cuya causa básica está asociada al Covid 19 en las defunciones inscritas en el Registro Civil más allá de que exista una confirmación de laboratorio que determine al Covid 19 como causa de muerte.

9.- Bajo el criterio de la OMS la cifra total de defunciones cuya causa está asociada al Covid- 19 al 17 de julio (según la actualización del DEIS) alcanzaba los 12.435. Esta cifra se desagrega en 8.503 casos confirmados y 3.932 probables.

10.- Sin embargo, hasta el 16 de julio -día en que el Ministro Paris anunció el uso de las cifras del DEIS- el reporte diario del Ministerio

de Salud sub reportó la cifra de casos fallecidos, los que no coincidían con los fallecimientos reportados en el DEIS.

### **CONSIDERANDOS:**

#### **II.- TRAZABILIDAD, NUEVA NORMALIDAD Y PLAN PASO A PASO.**

Que recordemos que al inicio de la Pandemia, el gobierno de Chile no realizó una adecuada estrategia para detener el ingreso del COVID-19 al país, que básicamente se enfocó en robustecer la situación hospitalaria, indicando en notas de prensa la compra e implementación de nuevos equipos, preparación de recintos, etc., descuidando la propagación de la pandemia. Según la periodista Alejandra Matus, el Gobierno mostraba a la opinión pública un “exceso de confianza”<sup>1</sup>, en la preparación y control de la pandemia. (Que en esas fechas aún no llegaba al país)

Que a partir del mes de marzo de este año, en los informes diarios y dado los aumentos de contagios se comenzaron a tomar algunas medidas por parte del gobierno, las cuales resultaron insuficientes. Pero a mediados del mismo mes, ya no se conocía el origen del contagio con lo cual se “perdió la trazabilidad”, lo que implica desconocer como una persona se contagió, ya que por ejemplo no tuvo contacto con personas que tuvieran Covid, o no estuvieron con personas llegadas del extranjero que hayan estado en lugares donde estuviera presente el Covid, según la Periodista Alejandra Matus, por esta pérdida de Trazabilidad “En otros países comenzaban las cuarentenas”, pero en Chile y pese a que en marzo habían alrededor de 400 casos no trazables, comenzaron solo las “cuarentenas parciales o dinámicas en el barrio Alto”<sup>2</sup>. De público conocimiento, resultó que la implementación de estas “cuarentenas dinámicas”, en la Región Metropolitana, por parte del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich, no respondieron a criterios epidemiológicos claros, así como tampoco daban certeza si era un criterio que pretendía detener la propagación del Coronavirus, dichas cuarentenas fueron muy criticada por los médicos y expertos.

Que en abril de este año, época en que el gobierno comenzó a utilizar la expresión “Nueva Normalidad”, según lo recién señalado, no existía un nivel razonable de trazabilidad, por cuanto no bastaba mantener una supuesta estabilidad o meseta de contagios, para proceder por ejemplo a la

apertura de Malls.

---

1 Exposición de la Periodista Alejandra Matus, en la 7ª Sesión de esta CEI, del lunes 2 de Noviembre de 2020.

2 Idem.

Que para esta Comisión, resulta evidente que el gobierno cometió varios desaciertos comunicacionales, los cuales expresaban mensajes comunicacionales hacia la ciudadanía poco claros, polemizando además, públicamente con las recomendaciones de expertos. El errático y temerario manejo comunicacional del gobierno, particularmente del Presidente de la República, y del ex Ministro de Salud Jaime Mañalich constituyen actos reprochables, puesto que contribuyeron a una mayor desconfianza de la ciudadanía en las medidas adoptadas por las autoridades, y que tenían un impacto en la población, al minimizar los riesgos o señalar una menor letalidad, generando en la población conductas de mayor riesgo.

Que el “Plan paso a paso” también llegó de manera tardía, esto es el 23 de julio del presente año. Hasta esa fecha, la mayor parte de la población de nuestro país, estuvo sometida a las decisiones de la autoridad sanitaria, que restringieron sus derechos y libertades sin que se tuviera mayor información respecto de los criterios técnicos utilizados para adoptarlas, la ciudadanía, no conocía de manera clara y precisa, las condiciones para estar en una u otra etapa. Dichos indicadores no son rígidos, sino que tienen una flexibilidad peligrosa, considerando el efecto que tienen en la libertad de las personas. Asimismo, las imprecisiones técnicas en indicadores como la trazabilidad, a las cuales ya se ha hecho referencia, impactan directamente en la aplicabilidad del plan Paso a Paso.

Que para esta Comisión, son el Presidente de la República, y el Ministerio de Salud junto a sus subsecretarios (de Salud Paula Daza y Redes Asistenciales ex subsecretario Arturo Zúñiga), los responsables políticos del manejo de la pandemia en Chile y sus efectos.

### **III.- MUERTES POR COVID.**

Que a lo largo del desarrollo de la presente Comisión y de toda la información recopilada a la que se tuvo acceso, se corroboró que en nuestro país, el registro de fallecidos se realiza a través de diversas fuentes de información. Una de las fuentes es el Sistema de Registro, Alerta y Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria, “EPIVIGILA”; otra fuente son los certificados médicos de defunción inscritos en el Registro Civil<sup>3</sup>, que sirve como

base para la elaboración de las estadísticas de defunciones por parte del Departamento de Información y Estadística en Salud (DEIS). También tenemos las Planillas diarias de Reporte UGCC, la Planilla de reporte defunciones regiones, además del Subsistema de Comunicación inmediata defunciones relacionadas con el Covid-19 y la Plataforma de monitoreo de fallecidos del Gabinete Subsecretaria de Salud Pública y el Ministro de Salud. Todos estos antecedentes a nivel central se consolidan en una planilla única de defunciones COVID-19<sup>4</sup>.

Que la Organización Mundial de Salud (OMS) estableció el 16 de abril de 2020, las directrices para el conteo y registro de fallecidos por COVID-19, señalando que se debía considerar el fallecimiento por coronavirus “como aquella resultante de una enfermedad clínica compatible, sea un caso probable o confirmado por Covid- 19, a menos que exista una causa relacionada que evidentemente no pueda ser relacionada con el Covid-19”. En ese sentido el Colegio Médico en la sesión del lunes 02 de noviembre de 2020, por medio de su Presidenta la Dra. Izkia Siches, señaló la definición de Muerte por Covid-19, como: “Una muerte por COVID-19 se define para fines de vigilancia como una muerte resultante de una enfermedad clínicamente compatible, en un caso COVID-19 probable o confirmado, a menos que exista una causa alternativa de muerte que no pueda estar relacionada con la enfermedad Covid (por ejemplo, trauma). No debe haber un periodo de recuperación completa de COVID-19 entre la enfermedad y la muerte.

---

<sup>3</sup> En la 8ª sesión de la Comisión, realizada el 09 de noviembre del presente año, el Director Nacional (S) del Registro Civil, don Sergio Mierzejewski, señaló: “EL Registro Civil, no determina la causa de muerte, solo registra, y eso es algo que es relevante de informar, lo que hacemos nosotros es la copia textual del certificado médico de defunción.”

<sup>4</sup> Datos entregados por la Contraloría General de la República, en 5ª sesión de esta CEI del lunes 28 de septiembre de 2020

Que una muerte por COVID-19 no puede atribuirse a otra enfermedad (por ejemplo, Cáncer) y debe contarse independientemente de las condiciones preexistentes que se sospecha que desencadenan un curso grave de COVID-19” “COVID-19 debe anotarse/registrarse en el certificado médico de causa de muerte para todos los fallecidos donde la enfermedad causó, o se supone que causó o contribuyó a la muerte”<sup>5</sup>. Esto quiere decir que tanto para el Colegio Médico, como para la OMS se deben considerar un fallecimiento por COVID-19, tanto los decesos sospechosos como los confirmados por esta enfermedad.

Que es así como el DEIS siguió las indicaciones de la OMS, registrando a los fallecidos ajustándose las reglas del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) para calificar la causa básica de defunción por COVID 19, de manera tal que este departamento consideró como fallecidos por coronavirus tanto casos confirmados, virus identificado (clasificados como U07.1) como los casos sospechosos, Virus No identificado (clasificados como U07.2)<sup>6</sup>. Situación que constató la Contraloría General de la República, a partir del informe Epidemiológico N°27, del 19 de Junio de 2020<sup>7</sup>.

---

Que cabe mencionar que la Contraloría General de la República, realizó dos fiscalizaciones por Registros y Estadísticas Epidemiológicas, y fue así como en una de las auditorías se plasmó en el Oficio Final N° 283-B, en donde se analizó si los resultados comunicados oficialmente por el Ministerio de Salud, el 10 de junio y el 23 de julio, que corresponden a reportes de las distintas fuentes de información. Dicha auditoría identificó los actos administrativos por parte de la autoridad de salud mediante los cuales se fijaron los criterios para contabilizar fallecidos. El oficio B1 N° 3220 del 7 de agosto de 2020, dio

<sup>5</sup> WHO/HQ/DDI/DNA/CAT: orientación internacional para la certificación y clasificación (codificación) del Covid-19 como causa de muerte, abril 2020

<sup>6</sup> Información aportada por la Presidenta de Colmed Izkia Siches, en la 7ª Sesión de esta CEI, del 02 de noviembre de 2020

<sup>7</sup> Información aportada por la Contraloría General de la República, en 5ª sesión de esta CEI del lunes 28 de septiembre de 2020

cuenta que el criterio para contabilizar fallecidos consideraba como “condición indispensable que, en la glosa del certificado de defunción indicara expresamente el término “COVID 19” como causa de muerte además de contar con un PCR positivo, criterio con el cual se obtuvo (en esa fecha) la cifra de 2.475 casos”. Este criterio excluyó fallecimientos que, por ejemplo, tuvieran como causa Sars-cov2, coronavirus o neumonía como enfermedad estrechamente asociada al coronavirus, así como también aquellos decesos que no tuvieran un PCR positivo, en contravención a lo dispuesto por la OMS, para el registro de las muertes por COVID-19<sup>8</sup>. A juicio de esta Comisión, esto ocurrió a pesar de que el ex Ministro de Salud, Jaime Mañalich, y su equipo conformado entre otros por la Subsecretaría de Salud Pública, doña Paula Daza y el ex Subsecretario de Redes, don Arturo Zúñiga, contaban con diversas fuentes y medios, como el DEIS o la plataforma al interior de sus propios gabinetes, para conformar una estadística que se apegara a las recomendaciones internacionales, y que fuera proporcionada a la ciudadanía de manera correcta. La situación recién señalada es grave, ya que los reportes oficiales entregados a diario por el Ministerio de Salud (MINSAL), presentaban información parcial respecto de los fallecidos por COVID-19, y no consideró los criterios utilizados por el DEIS en esta materia, pese a que, de acuerdo con sus atribuciones, a este último le corresponde llevar las estadísticas oficiales.

Que como ya es sabido, esta diferencia de criterios, es la que explica las distintas cifras reportadas públicamente a la ciudadanía en los denominados reportes diarios y las cifras informadas a la OMS, hecho que al conocerse a través de medios de comunicación, se convirtió en uno de los motivos provocó la renuncia del Ex Ministro de Salud, Jaime Mañalich.

Que el cambio de metodología, fue realizado después por el actual Ministro de Salud, Enrique Paris, quien señaló “... Cuando partió la pandemia originalmente la estadística recayó en el gabinete del Ministro, que durante un tiempo transmitía las cifras diariamente,

---

<sup>8</sup> Información aportada por la Contraloría General de la República, en 5ª sesión de esta CEI del lunes 28 de septiembre de 2020

como es de conocimiento de todos. Después se hizo un cambio respecto a la metodología, porque la estadística originalmente consideraba un certificado de defunción que dijera Coronavirus más un resultado positivo de PCR. Después se agregó a esa estadística cualquier certificado de defunción que tuviera en sus letras neumonía, neumonía viral, neumonía grave, bronconeumonía, en fin, más el PCR positivo, ese fue el segundo cambio que hicimos, y el tercer cambio que hicimos es agregar finalmente (esos últimos dos cambios los hicimos en los últimos meses bajo la dirección mía), agregamos los casos posibles o probables... y esos casos posibles o probables son los que se suman cuando sale el informe epidemiológico... El informe que damos nosotros es el informe del DEIS<sup>9</sup>. Y finalmente el Ministro Paris señaló, que la persona que formó el DEIS le indicó que en los últimos 20 años, solo la ex Presidenta Bachelet, cuando era ministra y él han sido los dos únicos ministros que se reunieron este departamento, y que él lo hizo: “Porque le hemos dado una importancia fundamental al trabajo estadístico del Ministerio de Salud<sup>10</sup>”.

Que de los antecedentes expuestos, y en especial de las exposiciones realizadas por el actual Ministro de Salud don Enrique Paris, de la Presidenta del Colegio Médico doña Izkia Siches y del Contralor General de la República don Jorge Bermúdez, se puede concluir que el Ministerio de Salud, en especial el Ex Ministro de Salud Jaime Mañalich, la Subsecretaria de Salud Paula Daza y el Ex Subsecretario de Redes Asistenciales Arturo Zúñiga, no fueron diligentes al adoptar las medidas adecuadas para asegurar la reportabilidad de los datos, por los fallecimientos a causa del COVID-19 y por lo tanto no dieron cabal cumplimiento a sus obligaciones como autoridades a cargo del sistema de vigilancia epidemiológica, siendo los responsables de entregar información errónea a la ciudadanía, no apegada a las recomendaciones de la OMS, siendo que contaban y tenían acceso al Registro de decesos por COVID-19 del DEIS, organismo que utiliza los criterios de la OMS y las normas internacionales para el registro de enfermedades.

---

<sup>9</sup> Exposición del Ministro Enrique Paris, en la 2ª Sesión de esta CEI, del lunes 10 de Agosto de 2020.

<sup>10</sup> Ídem.

Que la gravedad de la falta de rigurosidad metodológica, en la entrega de los reportes “erróneos” realizada por la autoridad sanitaria para el registro de fallecidos, bajando la tasa de letalidad del COVID-19 radicó en alterar la percepción de la ciudadanía en torno a la mortalidad de la pandemia en el país y generando una sensación de buen manejo por parte de la autoridad en el control sobre el Virus, de la existencia de una nueva normalidad y de minimizar las realidad sobre una pandemia que hasta el día de hoy está lejos de ser controlada, y que nos tiene al borde de una “segunda ola” de contagios.

#### **IV.- CUMPLIMIENTO AL MANDATO DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA (“OFICIOS”)**

Que en el desarrollo de las sesiones realizadas por la Comisión Investigadora, y en el cumplimiento de su mandato se solicitaron tres oficios, en el primero de ellos de fecha 10 de agosto de 2020, se ofició a la OMS con el propósito que informe sobre la apreciación que la Organización, tiene respecto del manejo que ha realizado nuestro país para hacer frente a la pandemia del COVID19 en especial, aplicación de protocolos, tratamientos y procesos estadísticos. La respuesta a dicho oficio arribó con fecha 24 de agosto, en donde la OMS, señaló que la Organización no puede atender la solicitud realizada, dada la inmunidad absoluta que poseen los Estados miembros (Chile incluido), frente a cualquier tipo de actuación administrativa y judicial.

Que el segundo oficio se pidió el 07 de septiembre de 2020, a la Contraloría General de la República, con el propósito que se sirva remitir el oficio final N<sup>º</sup> 283-B, de fecha 21 de agosto de 2020, sobre nuevos resultados de la auditoria al proceso de elaboración de registros y estadísticas epidemiológicas a nivel nacional derivados del COVID-19, en la Subsecretaria de Salud Pública, ya que los resultados de éste constituyen un aporte relevante en el trabajo

investigativo que desarrolla esta Comisión Especial Investigadora. De este oficio, lamentablemente no se obtuvo respuesta, la misma situación ocurrió con el tercer oficio de fecha 05 de octubre del presente año, que no fue respondido por la subsecretaria de Salud Pública, en donde se solicitaba remitir el oficio ordinario B1, N° 3.220, de fecha 7 de agosto pasado; e indique el registro que lleva hasta el momento el Gabinete de esa Secretaría de Estado, tanto en lo que dice relación con personas contagiadas por Covid-19, como a personas fallecidas.

Que el no dar respuesta a dichos oficios, hasta la fecha, los hace incurrir en infracciones a la Constitución Política de la República, que en su artículo 52 número 1 letra c) dispone que es facultad exclusiva de la Cámara de Diputados fiscalizar los actos del gobierno a través de Comisiones Investigadoras, indicando en su inciso segundo que “las comisiones investigadoras, a petición de un tercio de sus miembros, podrán despachar citaciones y solicitar antecedentes. Los Ministros de Estado, los demás funcionarios de la Administración (...) estarán obligados a comparecer y a suministrar los antecedentes y las informaciones que se les soliciten”, y así mismo se incurre en infracción a la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional en el Título V “De las Comisiones Especiales Investigadoras”, que en su artículo 54 sigue esa misma línea, y la gravedad radica en que dicha información requerida resultaba trascendental para el cumplimiento del mandato de esta Comisión Especial Investigadora, vulnerando la facultad exclusiva de la Cámara de Diputados y Diputadas para fiscalizar los actos de Gobierno.

**POR TANTO, LA COMISIÓN ARRIBA A LAS SIGUIENTES  
CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES:**

En atención a las exposiciones de los expertos y a las conclusiones arribadas por los Diputados y Diputadas integrantes de la Comisión Especial Investigadora, realizamos la siguiente Recomendación:

## **I. Rediseñar de la estrategia para hacer frente a la pandemia por COVID-19.**

Uno de los elementos que posibilitó que existiera poca confiabilidad de las cifras entregadas públicamente por parte del Gobierno, en relación a otros registros de fallecimientos como el del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, fue la “excesiva centralización” con que el Gobierno decidió gestionar la pandemia y, particularmente, las estadísticas vinculadas a esta.

Tal y como pudo conocer la comisión el 10 de Agosto, el actual Ministro de Salud, Enrique Paris indicó:

“Cuando partió la pandemia, originalmente la estadística **recayó en el gabinete del ministro, que durante un tiempo transmitía las cifras diariamente como es de conocimiento de todos**, después se hizo un cambio con respecto a la metodología, porque la estadística originalmente consideraba el certificado de defunción, que dijera ‘coronavirus’ más un resultado positivo de PCR”.

En la misma línea la Subsecretaria de Salud Pública indicó a la Comisión que “el sistema de estadísticas vitales es importante decir que en Chile este sistema es continuo, obligatorio y centralizado<sup>11</sup>”.

Esta estructura permitió que el ex Ministro de Salud Jaime Mañalich, implementara diversas metodologías para el conteo de fallecidos por Covid 19 y sistemas de conteo no formales que no consideró de manera completa los datos proporcionados por otras instituciones como el DEIS y el Registro Civil. Esta “centralización” permitió un manejo sin sustento técnico y poco transparente por parte del Ministerio de Salud en la administración

---

<sup>11</sup> Exposición de la subsecretaria de Salud Paula Daza, en la 6ª Sesión de esta CEI, del lunes 05 de octubre de 2020.



de las cifras de fallecidos para con la comunidad académica, las distintas sociedades científicas vinculadas con la pandemia y la ciudadanía.

En este sentido y con el objeto de Recuperar la Fe Pública, la Comisión concluye que es necesario rediseñar la manera en que se gestiona la pandemia, permitiendo el fortalecimiento y confiabilidad del sistema estadístico a través de la vinculación temprana, por parte del Ministerio de Salud, de la comunidad científica y académica en la gestión de las estadísticas relacionadas con pandemia, así como seguir las recomendaciones para hacer frente al COVID-19.

Lo anterior es extremadamente necesario ya que el país requiere de información fidedigna y confiable respecto a la pandemia y sus dimensiones de manera tal que las políticas sanitarias implementadas por el Ministerio de Salud se ajusten a la real magnitud de la pandemia.

En este sentido, es necesario que el Gobierno ajuste las cifras de fallecidos comunicadas públicamente igualándolo al registro de fallecidos llevado por el DEIS, considerando por tanto los casos sospechosos y los casos confirmados, tal y como recomienda la OMS y el Colegio Médico. Ante una inminente “Segunda Ola” es necesario que la ciudadanía perciba el riesgo y mortalidad real que implica la pandemia, de manera tal que las medidas adoptadas para contener los contagios sean asumidas de mejor manera por la ciudadanía.

**VOTARON A FAVOR LAS DIPUTADAS SEÑORAS MARISELA SANTIBÁÑEZ, MAYA FERNÁNDEZ, ALEJANDRA SEPÚLVEDA Y MARCELA HERNANDO (REEMPLAZO DEL DIPUTADO SEÑOR COSME MELLADO), Y LOS DIPUTADOS SEÑORES MIGUEL CRISPI, FERNANDO MEZA Y GASTÓN SAAVEDRA. EN CONTRA LO HICIERON LA DIPUTADA SEÑORA KARIN LUCK, Y LOS DIPUTADOS SEÑORES IVÁN NORAMBUENA (REEMPLAZO DEL DIPUTADO SEÑOR NINO BALTOLU), GUSTAVO SANHUEZA, LEONIDAS ROMERO Y FRANCISCO EGUIGUREN.**

**No obstante lo anterior y por acuerdo de la Comisión, se consigna a continuación el informe de minoría:**

#### **PROPUESTA DE CONCLUSIONES.**

**I. Materias abordadas y temáticas que motivan la constitución de la Comisión Especial Investigadora.**



- Constantes cambios en la metodología de recolección de datos de fallecidos por el Covid – 19, y cambios en las formas de comunicación de tales registros.
- Supuestamente no haber tomado a tiempo las recomendaciones de la OMS a la hora de hacer los registros de contagiados y de fallecidos.
- Acusaciones de eventuales “falta de transparencia”, y de “ocultamiento de datos con el afán de mostrar cifras exitosas” en el marco del trabajo del Gabinete del Ministro de Salud; específicamente durante el ejercicio del Dr. Jaime Mañalich en el cargo de Ministro de Salud.
- Denuncias de periodistas y centros de estudio, replicados por distintos medios de comunicación, en relación a un supuesto sub-reportaje de cifras en el caso de datos de personas contagiadas con el virus y de personas fallecidas.
- Eventuales “Doble reporte” en el caso de los informes diarios que se daban a conocer a la opinión pública, y los informes que se enviaban a la OMS.
- Eventuales “Incongruencias” detectadas por la Contraloría General de la República, tanto en la cifra de fallecidos como en las cifras de contagiados.

## **II. Invitados y el tenor de sus intervenciones.**

En el marco de la Comisión Especial Investigadora N°50, se recibieron a los siguientes invitados, que se refirieron al tenor de la materia propia del mandato de la instancia de la Cámara de Diputados y Diputadas.

Por parte del Ministerio de Salud, expuso el propio Ministro de Salud (Dr. Enrique Paris), la Subsecretaria de Salud Pública (Dra. Paula Daza), el entonces Subsecretario de Redes Asistenciales (Sr. Arturo Zúñiga), el Jefe del Departamento de Estadísticas e Información en Salud – DEIS – (Sr. Carlos Sanz), y el (ex) Jefe de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud (Dr. Rafael Araos).

Estos, en las diversas sesiones en las que participaron se encargaron de, aparte de detallar los planes implementados y las etapas que vienen hacia adelante en el control de la pandemia, pudieron explicar detalladamente la cronología de los cambios metodológicos en el registro y comunicación de las cifras de contagiados y especialmente en el caso del conteo de personas que han fallecido por causa del Covid – 19. Así, se señaló que, al principio, el registro comenzó siendo tarea del Gabinete del Ministro de Salud y que se utilizaba la información que los médicos levantaban a la Seremi que correspondiere, junto a la confirmación de un test PCR.

Con el tiempo, tal como señalaron las autoridades del propio Ministerio de Salud, hubo modificaciones no sólo relacionadas a los actores que se involucrarían en la confección de los informes (con la inclusión del DEIS en la reporte diario), sino que también en el caso de los insumos que se utilizarían para aquello. Es así que se detalla que, juntando datos del Registro Civil y del Sistema Epivigila (junto a datos externos, como por ejemplo los proporcionados por Carabineros de Chile), y con el apoyo del INE para agregar variables



sociodemográficas y para su publicación, se ha llegado a un sistema de reporte diario más completo, y anexos de casos probables que complementan la información dos veces por semana.

El propio Jefe del DEIS, sobre la calidad del trabajo estadístico y de información de su propia oficina, señaló – el lunes 10 de agosto de 2020- en ante la Comisión que “el *gold standard*, o el objetivo de muchos países es lograr publicar las estadísticas de hechos vitales, ojalá dos años después de haber cerrado el año estadístico. Hoy nosotros estamos haciendo un esfuerzo enorme de publicar en forma diaria las defunciones del país”. De esta forma, explica que la exigencia de tener datos certeros y oportunos para la toma de decisiones es una muy difícil de cumplir, pero que de todos modos en Chile se ha logrado aquello para poder mantener informadas a las comunidades científicas y a la población general.

Explicó también que, desde el inicio de la pandemia se ha mantenido comunicación constante con la OMS. También, para mejorar el reporte de datos señala que han ido incorporado fuentes externas de información, se ha reforzado la comunicación sobre el “llenado de certificados” por parte del personal clínico (con su correspondiente actualización en el sitio web, conteniendo el material con las indicaciones pertinentes), se han preparado las herramientas tecnológicas para la comunicación de las estadísticas, tanto a la comunidad científica como a la población general, y para acortar los plazos de registro y entrega de resultados. Se destaca también el trabajo intersectorial para la entrega de datos sobre personas fallecidas, como por ejemplo la colaboración constante con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, y el trabajo conjunto con el Ministerio de Bienes Nacionales para generar el visor online de datos que pueden desagregarse por Región, por Provincia y hasta por Comuna, siempre resguardando el anonimato de los datos y por ende la privacidad de las personas.

El Sr. Sergio Mierzejewski, Director (s) del Registro Civil explicó también, al tenor de la materia investigada por la Comisión, cuál es la relación entre la institución y los datos que se entregan a la ciudadanía. Así, señaló que todos los registros de defunciones son remitidos al DEIS para que haga la clasificación y registro de quienes corresponda incorporar en el informe, y que su responsabilidad termina cuando se entregan los registros diarios.

La periodista Alejandra Matus y el periodista Nicolás Sepúlveda expusieron sobre las denuncias en medios de comunicación que han realizado en relación al registro de defunciones, no solo ellos mismos, sino que también replicando informes y escritos de otras organizaciones. En ese sentido, exponen que, usando metodologías estadísticas y matemáticas se levantaron alegaciones de sub-registro de los datos de fallecidos en nuestro país.

La Periodista Alejandra Matus ahondó en su investigación y denuncia pública sobre el supuesto “doble reporte” que se da por las diferencias entre los datos entregados a la OMS y los reportes que se dan a la población nacional. Estas diferencias son explicables cuando se distingue entre el concepto de “caso confirmado” y el de “caso probable”, pero sostiene que hubo “intenciones de ocultamiento para entregar mejores cifras a la gente”.

La Presidenta del Colegio Médico de Chile, Dra. Izkia Siches, se presentó ante la Comisión para exponer al tenor de las materias propias del mandato de la Comisión. En ese sentido, hizo una distinción entre el



significado de los “casos confirmados”, los “casos sospechosos” y los “casos probables”, y cómo estas definiciones – establecidas por el Ministerio de Salud – han cambiado en el tiempo y cómo esta situación ha impactado en la construcción de políticas públicas y programas. Además, señala que haber notado “falta de transparencia en los procesos de recogida, análisis y difusión de casos fallecidos durante la pandemia” y alega que habría “dudas sobre la rigurosidad técnica en el proceso”.

Finalmente, se hizo presente también el Contralor General de la República, el Sr. Jorge Bermúdez. Dice que se han realizado varias auditorías en distintas instituciones durante el año 2020, pero que al tenor del mandato de la Comisión Especial Investigadora, expondrá sobre las investigaciones correspondientes al registro y comunicación de cifras de contagiados y fallecidos.

Así, señaló que el Oficio Final N°283-A “sobre primeros resultados de la auditoría al proceso de elaboración de registros y estadísticas epidemiológicas a nivel nacional del Covid - 19, de la Subsecretaría de Salud Pública – Cifra de Contagiados”, da cuenta de tres hallazgos. De éstos, el más comentado en la Comisión tiene relación con que “habrían más contagiados de los que se reportan”. Detalla que, al día 09 de junio existían 177.301 casos confirmados entre el registro de laboratorios y del propio Epivigila, pero el reporte para ese día fue de 142.759 casos.

Por otro lado, da cuenta del Oficio Final N°283-B “sobre nuevos resultados de la auditoría al proceso de elaboración de registros y estadísticas epidemiológicas a nivel nacional, derivadas del Covid-19, en la Subsecretaría de Salud Pública – Cifra de Fallecidos”. El objetivo de esta investigación fue “determinar si los resultados comunicados oficialmente por el Ministerio de Salud el día 10 de junio y el día 23 de julio (...) correspondían a los reportes de los distintos intervinientes para la obtención y consolidación de la información a nivel nacional”. También, el mismo informe da cuenta de discrepancias relacionadas a la diferencia entre los casos probables y los casos confirmados, en especial cuando se habla sobre el registro y comunicación de fallecidos.

**Es de la mayor relevancia apuntar que, todas las observaciones que el Contralor da a conocer en el desarrollo de la Comisión Especial Investigadora, han sido subsanadas dentro de plazos prudentes y así mismo lo ha reconocido el propio Sr. Bermúdez.**



### **III. Desarrollo de la Comisión Especial Investigadora por tema abordado.**

#### **Constantes cambios en la metodología de recolección de datos de fallecidos por el Covid – 19, y cambios en las formas de comunicación de tales registros:**

En primer lugar, es necesario recordar que no solo en Chile se dieron cambios en las metodologías de conteo y registro de personas fallecidas a causa del Covid – 19, en este sentido el documento de la OMS de 20 de abril de 2020 ([https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines\\_Cause\\_of\\_Death\\_COVID-19-20200420-EN.pdf](https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19-20200420-EN.pdf)). Esto ha traído consigo diferentes reacciones a nivel internacional, principalmente por la divergencia en las cifras cuando se cambian los protocolos y metodologías.

El Periodista de Ciper Chile, Nicolás Sepúlveda, reconoció, el 17 de agosto de 2020, ante la Comisión que “ha sido una dificultad, durante todos estos meses, la metodología para contar los fallecidos, tanto en Europa como en América Latina”, y que “en todos los países ha habido modificaciones en la metodología de conteo y que a nivel internacional esto ha traído sub – reportes”.

Las autoridades del Ministerio de Salud detallaron la cronología de los cambios metodológicos en el registro y comunicación de las cifras de contagiados y especialmente en el caso del conteo de personas que han fallecido por causa del Covid – 19. Así, se señaló que, al principio, el registro comenzó siendo tarea del Gabinete del Ministro de Salud y que se utilizaba la información que los médicos levantaban a la Seremi que correspondiere, junto a la confirmación de un test PCR.

Con el tiempo, tal como señalaron las autoridades del propio Ministerio de Salud, hubo modificaciones no solo relacionadas a los actores que se involucrarían en la confección de los informes (con la inclusión del DEIS en la reportería diaria), sino que también en el caso de los insumos que se utilizarían para aquello. Es así que se detalla que, juntando datos del Registro Civil y del Sistema Epivigila, y con el apoyo del INE para agregar variables sociodemográficas y para su publicación, se ha llegado a una reportería diaria más completa, y anexos de casos probables que complementan la información dos veces por semana.

#### **Recomendaciones de la OMS en el registro de fallecidos:**

Desde el inicio de la pandemia se ha mantenido comunicación constante con la OMS, cuyas recomendaciones para el registro de fallecidos y de contagiados fue puesto a disposición el día 20 de abril; más de un mes y medio posterior al registro del primer contagiado en Chile.

De todas formas, transcurrido poco tiempo de la publicación de aquellas recomendaciones, éstas ya se estaban incorporando en la metodología utilizada por el Ministerio de Salud, especialmente en lo relacionado a los casos probables y los casos sospechosos que eran reportados.



Esas mismas recomendaciones también fueron adoptadas para los registros generales y para la reportería diaria de datos que hasta el día de hoy se realiza.

**Acusaciones de eventuales “falta de transparencia”, y de “ocultamiento de datos con el afán de mostrar cifras exitosas” en el marco del trabajo del Gabinete del Ministro de Salud durante el ejercicio del Dr. Jaime Mañalich:**

La Presidenta del Colegio Médico de Chile, la Dra. Izkia Siches, fue explícita al señalar haber notado “falta de transparencia en los procesos de recogida, análisis y difusión de casos fallecidos durante la pandemia” y alega que habría “dudas sobre la rigurosidad técnica en el proceso”.

En primer lugar, se debe señalar que Chile y el mundo entero está viviendo una pandemia trágica con millones de contagiados alrededor del globo y decenas de miles de fallecidos en nuestro país. Con esto en mente, difícilmente se puede pensar en que las autoridades del Ministerio de Salud quisieran sacar provecho político alguno. Todas las autoridades del Gobierno, en cualquiera de sus cargos y en el ejercicio de sus funciones, han realizado sus labores con la mayor transparencia y con amor por Chile.

En segundo lugar, es de la mayor importancia recordar que ha habido una batería de acciones judiciales en contra de las distintas autoridades ministeriales, acciones de protección, acciones cautelares y una investigación judicial en curso, que en un comienzo encabezó el Fiscal Sr. Carrasco, la mayoría de las primeras resueltas en favor del Estado y y la última se encuentra actualmente en tramitación y es un asunto de competencia exclusiva y excluyente de los Tribunales de Justicia, que tienen normas referida al debido proceso y presunción de inocencia, y por lo tanto no es prudente pronunciarse al respecto, ni adelantar juicios o sentencias sobre presesos que aún se encuentran en tramitación. Es menester señalar que el Ministerio de Salud, liderado por el Dr. Enrique Paris se ha demostrado completamente llano a cooperar, entregando la información y documentación pertinente al caso en cuestión.

**Denuncias en relación a un supuesto sub-reporte de cifras en el caso de datos de personas contagiadas con el virus y de personas fallecidas:**

La periodista Alejandra Matus y el periodista Nicolás Sepúlveda expusieron sobre las denuncias en medios de comunicación que han realizado en relación al registro de defunciones, no solo ellos mismos, sino que también replicando informes y escritos de otras organizaciones. En ese sentido, exponen que, usando metodologías estadísticas y matemáticas se levantaron alegaciones de sub-registro de los datos de fallecidos en nuestro país.

En este sentido es importante señalar que, tales tipos de metodología funcionan comparando datos del mismo mes o lapsos de tiempo de un año con los mismos que ocurrieron en años anteriores y así hacer proyecciones. Estas proyecciones al ser contrastadas con la data entregada por el Ministerio de Salud – por parte de periodistas – levantaron dudas, y consecuentes denuncias a medios de comunicación, alegando sub-registro de la cantidad de fallecidos.

Las investigaciones que se realizaron bajo estas metodologías son proyecciones estadísticas que pueden, o no, ser apegadas a la



realidad que se vive. Esta metodología, denominada “series de tiempo” es muy útil para proyectar data específica en tiempos en los que no se esperan grandes cambios en el panorama general; a diferencia de las circunstancias ya conocidas que han cambiado la vida de las personas en múltiples aspectos y que hacen muy difícil pensar que este año 2020 es similar al 2019 recién pasado o los anteriores.

No obstante lo anterior, la metodología de registro y comunicación de fallecidos a causa de la pandemia han ido modificándose junto a las recomendaciones de la OMS, así como también ha existido una mejora y actualizaciones en las herramientas propias de la labor. Así, se puede confiar en que los datos que se entregan son acertados y apegados a la realidad y no existen sub-reportes.

También es de la mayor relevancia recordar que, en palabras del propio Contralor General de la República, que en sesión de fecha 28 de septiembre señaló que los errores involuntarios que se pudieron haber ocasionado, han sido subsanados por medio de los mismos cambios metodológicos y de relatoría que se han detallado.

#### **“Doble reporte” en el caso de los informes diarios que se daban a conocer a la opinión pública, y los informes que se enviaban a la OMS:**

En este punto es relevante tener en mente la diferencia entre los casos probables y los casos confirmados, pues los informes que se enviaban a la Organización Mundial de la Salud contenían ambas cifras.

Así, dada la complejidad de “sacar registros del dato final”, no se incorporaban los casos no confirmados en el registro que se da a conocer día tras día; al contrario de la situación que si se da cuando se incorpora al registro agregado un caso que de probable o sospechoso, con un test PCR pasa a “confirmado”.

De todos modos, no se aprecia una falta a la probidad el entregar la cifra de fallecidos confirmados, haciendo siempre la distinción de que ellos si cuentan con un test PCR positivo y que por ende se cuentan de manera diferenciada de quienes no lo tienen.

Así las cosas, el reporte que incluye la cifra de fallecidos que son “casos probables” o “casos sospechosos” se adjunta dos veces por semana al reporte diario, por lo que tanto la población nacional y la sociedad científica están informados de ambas cifras agregadas.

#### **“Incongruencias” detectadas por la Contraloría General de la República, tanto en la cifra de fallecidos como en las cifras de contagiados:**

Oficio Final N°283-A “sobre primeros resultados de la auditoría al proceso de elaboración de registros y estadísticas epidemiológicas a nivel nacional del Covid - 19, de la Subsecretaría de Salud Pública – Cifra de Contagiados”, da cuenta de tres hallazgos. De éstos, el más comentado en la Comisión tiene relación con que “habrían más contagiados de los que se reportan”. Detalla que, al día 09 de junio existían 177.301 casos confirmados entre el registro de laboratorios y del propio Epivigila, pero el reporte para ese día fue de 142.759 casos.



En relación a esta situación, es importante señalar que esta diferencia se genera por una demora involuntaria en la entrega de resultados por parte de los distintos servicios y laboratorios que se daba en esos momentos, que es parte normal de los procesos que se han ido generando para responder en el más breve plazo a la pandemia, imposibilitando tener entonces toda la información diaria, que no es ninguna obligación legal o reglamentaria. De esta forma, ocurrieron algunos casos en los que el examen PCR tenían resultado conocido por los laboratorios, pero no había sido informado al responsable de consolidar la información diaria.

De todos modos, el propio Contralor General de la República, en su exposición ante la Comisión, de fecha 28 de septiembre de 2020, señaló que la situación antes descrita se encuentra absolutamente subsanada, en primer lugar ya que los casos que no habían sido incluidos se han incorporado al registro a medida que llegaron los antecedentes y los resultados de los PCR que se fueron tomando.

Oficio Final N°283-B “sobre nuevos resultados de la auditoría al proceso de elaboración de registros y estadísticas epidemiológicas a nivel nacional, derivadas del Covid-19, en la Subsecretaría de Salud Pública – Cifra de Fallecidos”. El objetivo de esta investigación fue “determinar si los resultados comunicados oficialmente por el Ministerio de Salud el día 10 de junio y el día 23 de julio (...) correspondían a los reportes de los distintos intervinientes para la obtención y consolidación de la información a nivel nacional”. El mismo informe daría cuenta de una mayor cifra efectiva de fallecidos por Covid – 19 en contraposición de los informes del Ministerio de Salud para aquellos días.

Esta situación, tal como explica el propio Contralor General, se produce a causa de los criterios que se tomaban en cuenta para la generación de los registros, y que con el cambio de estos (al incorporar otras fuentes de información y ampliar el espectro de palabras clave en la búsqueda dentro de los registros de defunción del Registro Civil, junto a otras medidas adoptadas) la situación descrita se encuentra subsanada.

Además, el mismo Oficio Final N°283-B también da cuenta de las incongruencias entre el registro de fallecidos informado por el Ministerio de Salud y la investigación realizada por la institución. Señala así que habría diferencias de registro pues sólo se estaban contando los casos con PCR positivo confirmado y no los que se consideran “sospechosos” o probables.

## **VI. Conclusiones.**

1. Es evidente que en varios países se han observado complicaciones a la hora de registrar y comunicar las cifras de contagiados y de fallecidos por Covid – 19. Si bien es cierto que en Chile se dieron situaciones que han causado confusión y malos entendidos en los comienzos del azote de la pandemia, a la luz de las modificaciones que oportunamente se realizaron, se ha aclarado el panorama y los registros son absolutamente confiables.
2. En relación a los cambios de metodología de registro y comunicación de la cifra de fallecidos a causa de la pandemia, es importante señalar que en la mayoría de los países del mundo se han dado modificaciones en este



ámbito. En Chile, estos cambios se han gestado para poder ser más certeros en la entrega de cifras diarias, tanto de fallecidos probables y sospechosos como de los casos confirmados; y al mismo tiempo poder ponerlos a disposición de la comunidad científica y de la población general con mayor velocidad.

3. Sobre las recomendaciones de la OMS para la confección de registros de contagiados y fallecidos, lo importante es recordar que el Ministerio de Salud las ha ido incorporando con velocidad y oportunidad. Al día de hoy, estas recomendaciones se han adoptado tanto para los datos que se entregan diariamente como en los anexos que dos veces por semana se adjuntan.
4. En lo también relativo a la OMS, se acusa que sólo a ese organismo internacional se le informaba de manera completa, a diferencia que a la población general. En este caso, se debe recordar la diferencia entre casos probables y los casos confirmados. Así, dada la complejidad de “sacar registros del dato final”, no se incorporaban los casos no confirmados en el registro que se da a conocer día tras día en el país; al contrario de la situación que sí se da cuando se incorpora al registro agregado un caso que de probable o sospechoso, con un test PCR pasa a “confirmado”. Por tal motivo es que, se suman los casos probables o sospechosos en el reporte de la OMS, aunque desde hace varios meses hasta la actualidad se suman también en el anexo del informe epidemiológico del DEIS dos veces por semana.
5. En relación a las denuncias de sub-reporte de los casos de fallecidos, primeramente es bueno recordar que la propia Contraloría General de la República ha señalado explícitamente que los informes provenientes del Ministerio de Salud han subsanado todas las situaciones y hallazgos que se han pedido modificar a través de las auditorías que ha realizado.
6. Por otro lado, también es importante apuntar que la metodología que se utiliza para hacer las proyecciones, las llamadas “series de tiempo”, sirven para medir cambios en un aspecto particular en circunstancias de pocos cambios en general. Así, en un año atípico que ha obligado a modificar drásticamente los estilos de vida de las personas y sus rutinas, no podemos confiar ciegamente en sus resultados; que dicho sea nuevamente, son proyecciones y no necesariamente la realidad.
7. Sobre las eventuales “incongruencias en las cifras reportadas” por la Contraloría General de la República, en todos los casos que fueron expuestos en la Comisión Especial Investigadora como “hallazgos de la auditoría” se han subsanado las circunstancias que el Contralor y su equipo creyeron pertinentes de arreglar.
8. Finalmente, sobre las acusaciones que recaen sobre el Gabinete del ex Ministro de Salud la supuesta “falta de transparencia” e “intencionalidad en el ocultamiento de cifras con afán de mostrar cifras exitosas”, es importante insistir en que hay un proceso judicial abierto. Sobre aquello, se debe tener en mente que el Ministerio de Salud, liderado por el Dr. Enrique Paris se ha demostrado completamente llano a cooperar, entregando la información y documentación pertinente al caso en cuestión. Mientras no se pronuncien



los jueces de la instancia correspondiente, y mientras no haya sentencia o dictamen, no es prudente emitir juicios al respecto.

#### **VI.- DIPUTADA INFORMANTE.**

**LA COMISIÓN DESIGNÓ COMO DIPUTADA INFORMANTE A DOÑA MARISELA SANTIBÁÑEZ NOVOA.**

**Tratado y acordado en sesiones celebradas los días 17 de julio, 10 y 17 de agosto, 7 y 28 de septiembre, 5 de octubre, 2 y 9 de noviembre y 14 de diciembre de 2020.** Con la asistencia de las diputadas señoras Marisela Santibáñez, Maya Fernández, Karin Luck, y Alejandra Sepúlveda y los diputados señores Nino Baltolu, Miguel Crispi, Gustavo Sanhueza, Leonidas Romero, Cosme Mellado, Fernando Meza, Gastón Saavedra, Francisco Eguiguren y Juan Fuenzalida.

En sesión de esta fecha, la diputada señora Marcela Hernando reemplazó al diputado señor Cosme Mellado, y el diputado señor Iván Norambuena reemplazó al diputado señor Nino Baltolu.

**SALA DE LA COMISIÓN**, a 14 de diciembre de 2020.

**ROBERTO FUENTES INNOCENTI**  
Secretario de la Comisión