

EN LO PRINCIPAL: formula acusación; **PRIMER OTROSÍ:** acompaña documentos; **SEGUNDO OTROSÍ:** se tenga presente; **TERCER OTROSÍ:** medios de prueba;

Honorable Cámara De Diputadas y Diputados de Chile

Las Diputadas y Diputados que suscriben, domiciliadas para estos efectos en la sede del Congreso Nacional de la República de Chile, ubicado en avenida Pedro Montt s/n, comuna de Valparaíso, a la Honorable Cámara de Diputados respetuosamente decimos:

En virtud de lo preceptuado en el artículo 52 N° 2, letra b) de la Constitución Política de la República, en relación al artículo 37 y siguientes de la Ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, venimos en deducir acusación constitucional en contra del señor Jaime José Mañalich Muxi, ex Ministro de Salud, por infringir gravemente la Constitución y las leyes y haber dejado éstas sin ejecución.

El referido ex titular del Ministerio Salud comenzó sus funciones el día 13 de junio de 2019, siendo aceptada su renuncia al cargo el 13 de junio del 2020.

RESUMEN

Se acusa constitucionalmente al ex Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi por ser responsable constitucionalmente de:

- a) Vulnerar gravemente los derechos constitucionales a la vida e integridad física y psíquica de miles de personas en la República, infringiendo el artículo 19 N°1 y N° 9 de la Constitución Política de la República y de los artículos 1.1 y 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ello en relación al artículo 5 inciso segundo del texto constitucional.
- b) Vulnerar gravemente los principios constitucionales de probidad y publicidad (artículo 8), los artículos 4 y 5 de la Ley N° 20.285 sobre acceso a la información pública y los artículos 13 y 52 de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado (“LOCBGAE”).

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA ACUSACIÓN CONSTITUCIONAL CONTRA LOS MINISTROS DE ESTADO

1. Naturaleza jurídica de la acusación constitucional

En cuanto a la naturaleza jurídica de la acusación constitucional, la doctrina mayoritaria la ha conceptualizado como una figura mixta, es decir que contiene elementos de juicio jurídico-político. Desde esta perspectiva, las conductas del ex Ministro deben ser subsumidas en una o más de las causales constitucionales, haciendo efectiva la responsabilidad política de estos cargos, en tanto funcionarios públicos de carácter político, lo que se traduce en la destitución de su investidura y consecuencias anexas, si fuese el caso.

En ese sentido, se trataría de un instituto de garantía de la carta fundamental, que permite hacer efectivo el principio de responsabilidad constitucional sobre las autoridades señaladas¹. Por su parte, la doctrina también ha puesto énfasis en el carácter político de la institución, al intentar responder por qué se ha constituido una jurisdicción diferente a la perteneciente a la justicia ordinaria. En ese sentido, Bronfman, ha afirmado que el conocimiento y fallo de la acusación constitucional involucra campos pertenecientes al orden político, relacionados con el ordenamiento constitucional y también con el modo de conducción superior del Estado, por ello parece razonable que las infracciones políticas sean resueltas por cuerpos de carácter político, teniendo en cuenta además que el Poder Judicial no está en condiciones, ni tampoco es deseable, que conozca los procesos cuya apreciación se ajustan a reglas distintas a las que rigen a los delitos comunes, manteniendo al Poder Judicial alejado de la política².

En el mismo sentido se manifiesta Francisco Zúñiga, quien afirma que se trata de una responsabilidad dual, es decir, de carácter “(...) *jurídico-política. Es responsabilidad jurídica porque se funda en inconductas constitutivas de ilícitos constitucionales, de lejano cuño penal o administrativo, como el mal desempeño del cargo público, la infracción (abierta o no) de la Constitución y de las leyes o la comisión de delitos; que se persiguen en un procedimiento dual (acusación en juicio político) sometido a la Constitución y la ley, y revestido de resguardos garantísticos mínimos como las garantías del principio de legalidad y del principio de debido proceso legal. También es responsabilidad política porque los órganos que admiten la acusación y que juzgan son órganos políticos (Cámara de Diputados y Senado) actuando con un amplio margen de libertad o discrecionalidad a la hora de encuadrar las inconductas en los ilícitos constitucionales, aunque deben someterse al imperativo hermenéutico del Derecho Sancionador, en orden a que los ilícitos constitucionales son de derecho estricto e interpretación restrictiva.*”³

De esta manera, queda claro que se deben configurar ciertas infracciones a la Constitución, las leyes o, en opinión de las Cámaras del Congreso Nacional, la comisión de determinados hechos constitutivos de delitos. En conclusión, estamos en presencia de verdaderos ilícitos constitucionales, perfectamente distinguibles de los delitos civiles o penales conforme norma expresa del artículo 53 N° 1 inciso final del Código Político que dispone:

El funcionario declarado culpable será juzgado de acuerdo a las leyes por el tribunal competente, tanto para la aplicación de la pena señalada al delito, si lo hubiere, como para hacer efectiva la responsabilidad civil por los daños y perjuicios causados al Estado o a particulares.

¹ En este sentido, ZÚÑIGA U., Francisco, *Responsabilidad Constitucional del Gobierno*, en Revista Ius et Praxis, Año 12, N° 2, 2006, Talca, p. 57.

² BRONFMAN V., Alan, CORDERO Q., Eduardo, ALDUNATE L., Eduardo, *Derecho Parlamentario Chileno*, Santiago, Legal Publishing, 2013, p. 326,

³ ZÚÑIGA, op. cit., p. 71.

El estatuto jurídico, por tanto, es plenamente constitucional y es el Congreso Nacional el que, por medio de sus Cámaras como principal intérprete de la Constitución, restablece su supremacía, al declarar la culpabilidad en la acusación constitucional respectiva.

Sin embargo, también existe una evaluación política del cumplimiento de los deberes y la gestión de la autoridad cuestionada, en la medida que es el Congreso Nacional quien fiscaliza, presenta la acusación y decide si se configuran las causales. Además, ambas cámaras resuelven: la Cámara de Diputados limitándose a declarar si ha lugar la acusación constitucional, y el Senado resolviendo como jurado si el acusado es o no culpable del delito, infracción o abuso del poder que se le imputa, tal como lo establece el artículo 53 N° 1 de la Constitución. Por ello, la doctrina ha afirmado que, aunque diferente del juicio político de los gobiernos parlamentarios (mera confianza política), las características políticas señaladas recuerdan al *impeachment* anglosajón, figura que tiene como función la protección de los intereses públicos contra el peligro u ofensa por el abuso del poder oficial, descuido del deber o conducta incompatible con la dignidad del cargo, configurándose como un procedimiento de naturaleza política que cuestiona la capacidad del funcionario para el cargo que ostenta⁴.

Así las cosas, queda establecido el carácter mixto de la acusación, siendo los órganos políticos los que juzgarán si los hechos pueden subsumirse en las causales constitucionales (ilícitos constitucionales), teniendo en consideración las consecuencias jurídico-políticas del actuar de la autoridad acusada. Además, la acusación constitucional se entrama con una serie de mecanismos de fiscalización jurídico-política, siendo éste el de mayor gravedad, ya que, por la declaración de culpabilidad del Senado, se procede a la destitución del acusado, y se le impone la prohibición de desempeñar cualquier función pública, sea o no de elección popular, por el término de 5 años. La acusación se configura como una importante excepción al principio de separación de poderes, siendo parte de los frenos y contrapesos de los poderes del Estado, lo que permite un mayor control de los actos de las diversas autoridades señaladas. En este sentido, siguiendo a Gutenberg Martínez *“los procesos constitucionales se han establecido para defender instituciones constitucionales. En este caso, los derechos fundamentales y el ordenamiento institucional de la República”*⁵.

2. La acusación constitucional en el ordenamiento jurídico chileno

La acusación constitucional es una figura a través de la cual se juzga a las más altas autoridades del Estado por delitos, infracciones o abusos de poder expresamente contemplados en la Constitución. Ésta tiene por objeto, por una parte, establecer tanto la efectividad de tales infracciones, como la culpabilidad o inocencia de la autoridad acusada, y por otra, hacer efectiva su responsabilidad constitucional mediante la destitución del infractor y su inhabilitación para ejercer toda otra función de carácter público por el término de cinco años⁶.

⁴ ZÚÑIGA U., Francisco, *Responsabilidad constitucional de intendentes y gobernadores en la acusación en juicio político*, en Revista de Derecho Público, Volumen 65, 2003, pp. 199-2015.

⁵ MARTÍNEZ O., Gutenberg: *Acusaciones Constitucionales, Análisis de un caso. Una visión parlamentaria*, Santiago, Editorial Jurídica, 2004, p.87.

⁶ BRONFMAN, CORDERO, ALDUNATE, op cit., p. 325.

En ella, los parlamentarios firmantes imputan a alguna de las autoridades establecidas el haber cometido alguna de las causales que justifican la declaración de responsabilidad correspondiente. En el caso de los Ministros de Estados, las causales establecidas en el artículo 52 N° 2 letra b) son: “*haber comprometido gravemente el honor o la seguridad de la Nación, infringir la Constitución o las leyes o haber dejado éstas sin ejecución, y por los delitos de traición, concusión, malversación de fondos públicos y soborno*”. De esta manera, no menos de 10 ni más de 20 miembros de la Cámara de Diputados deben presentar la acusación, para que esta última declare si ha lugar la imputación a la autoridad correspondiente. De ser así, el Senado deberá decidir si el acusado es o no culpable del delito o infracción o abuso de poder que se le imputa, tal como lo señala el artículo 53 N° 1 de la Constitución. Por su parte, la Ley N° 18.918 Orgánica Constitucional del Congreso Nacional establece el procedimiento aplicable a la acusación y consagra una serie de garantías a la autoridad acusada. De esta manera, se establece el deber de notificación al acusado y su derecho a realizar personalmente su defensa o presentarla por escrito (artículo 39), también puede solicitar que la Sala de la Cámara no admita la acusación a trámite (artículo 43) e intervenir durante la votación en la Cámara (artículo 45). Por último, el artículo 51 de dicha ley establece que se deben votar los capítulos acusatorios de forma separada.

3. Responsabilidad de los Ministros de Estado

El artículo 33 de la Constitución establece que “[l]os Ministros de Estado son los colaboradores directos e inmediatos del Presidente de la República en el gobierno y administración del Estado”. Por su parte, el artículo 42 de la LOCBGAE afirma que los Ministros de Estado son de exclusiva confianza del Presidente, mientras que su artículo N° 20 afirma que en su calidad de colaboradores directos e inmediatos de la máxima autoridad de gobierno, tendrán la responsabilidad de la conducción de sus respectivos Ministerios, en conformidad con las políticas e instrucciones que aquél imparta. Finalmente, el artículo 36 de la Constitución establece, en lo relativo a la responsabilidad de los ministros de estado, que estos “*serán responsables individualmente de los actos que firmaren y solidariamente de los que suscribieren o acordaren con los otros Ministros*”.

Como se afirmó anteriormente, las conductas de los Ministros deben subsumirse en las causales específicamente señaladas en la Constitución. De esta manera, el artículo 52 N°2, letra b) de dicho cuerpo normativo establece que las causales de los Ministros de Estado son “*haber comprometido gravemente el honor o la seguridad de la Nación, por infringir la Constitución o las leyes o haber dejado éstas sin ejecución, y por los delitos de traición, concusión, malversación de fondos públicos y soborno*”. En cuanto a las causales señaladas, algunas tienen un contenido jurídico preciso, como lo son los delitos contemplados en la norma citada, los cuales se encuentran tipificados en el Código Penal. Por otro lado, se encuentran aquellas causales redactadas en términos jurídicos indeterminados, como lo son infringir la Constitución

o las leyes o haber dejado éstas sin ejecución, dando margen a una apreciación más discrecional producto de la deliberación política de la Cámara de Diputados y Diputadas⁷.

Si bien los Ministros son colaboradores directos del Presidente de la República, no es menos cierto que son funcionarios públicos responsables por los actos que ejecutaren. En ese sentido, Silva Bascuñán afirma que:

[E]n el estudio de la procedencia de las acusaciones que se dirijan a los Ministros de Estado debe tomarse en cuenta que éstos, aunque de exclusiva confianza del Presidente en su nombramiento y remoción, no son secretarios privados suyos, sino funcionarios públicos que actúan como órganos del Estado y asumen plena responsabilidad personal de sus actuaciones, no obstante la que también grava al Jefe de Estado.⁸

Por tanto, y haciendo un análisis armónico de la Constitución y las leyes, es del todo cierto que los Ministros de Estado responden por sus actos, ya sea por delitos cometidos o por infringir los preceptos legales o dejar de aplicarlos, estando este último concepto dotado de contenido por la doctrina. Así mismo, es la propia Constitución en su artículo 52, en donde se establece que en el caso de los Ministros de Estado, la acción deberá interponerse mientras estos estén en funciones o en los tres meses siguientes a la expiración de su cargo. De esta manera, habiéndose aceptado la renuncia del ex Ministro Mañalich el día 13 de junio de 2020, esta acusación se presenta dentro de tiempo y forma.

SEGUNDA PARTE: HECHOS FUNDANTES DE LA PRESENTE ACUSACIÓN CONSTITUCIONAL.

Los antecedentes fácticos que fundamentan la presentación de esta Acusación Constitucional son los siguientes:

1. Jaime Mañalich Muxi se desempeñó como Ministro de Salud entre el 13 de junio de 2019⁹ y el 13 de junio de 2020¹⁰.
2. Entre el 12 y el 29 de diciembre del año 2019 la Organización Mundial de la Salud (“OMS”) reportó que en la ciudad de Wuhan, China, existían varias personas contagiadas de un virus desconocido similar a una neumonía. Luego, el 7 de enero del año en curso se confirmó que se trataba de una nueva cepa de coronavirus y a mediados de dicho mes se reportaron los primeros casos en Tailandia, Japón y Estados Unidos.

⁷ BRONFMAN, CORDERO, ALDUNATE, op cit., p. 334.

⁸ SILVA BASCUÑÁN, Alejandro, *Tratado de Derecho Constitucional*, Tomo VI, segunda edición, Editorial Jurídica de Chile, Santiago de Chile, año 2000, p. 150. Énfasis añadido, en adelante, salvo que en indique expresamente lo contrario, todos los énfasis son añadidos.

⁹ “Dr. Jaime Mañalich Muxi asume como Ministro de Salud” (13 de junio de 2019). Ministerio de Salud [comunicado de prensa]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/dr-jaime-manalich-muxi-asume-como-ministro-de-salud/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

¹⁰ Decreto Supremo N° 270/2020, Acepta renuncia de Ministro de Estado en la cartera que se indica, 13 de junio de 2020, publicado en el Diario Oficial el 25 de julio de 2020.

Al existir transmisión entre seres humanos fuera de China, el comité de emergencia de la OMS decidió declarar emergencia de salud pública, pues el brote generaría implicancias a nivel internacional a raíz de sus propias características, pues es de rápida propagación y poco sabía de él la comunidad científica. Al 30 de enero, existían 7.800 casos confirmados en 20 países.

A mediados de febrero se descubrió que el virus estaba genéticamente ligado al brote del virus que causó en el año 2003 el Síndrome Respiratorio Agudo Severo, es por ello que la OMS decidió nombrarlo COVID-19. La segunda semana de febrero se reportaron más de 1.000 personas muertas y se habían confirmado casos en África y Europa, a finales de mes se daba a conocer el primer contagio en América del Sur.

3. En Chile, el 23 de enero, el Ministerio de Salud informó las medidas de carácter preventivo que se iban a adoptar a propósito del brote de COVID-19, estas se focalizaron principalmente en la vigilancia epidemiológica, el manejo clínico de los casos y en la capacidad de diagnóstico. Sin perjuicio de ello, el ex Ministro de Salud comentaba que *“el tratamiento de una infección de esta naturaleza no es distinta a otras infecciones respiratorias graves, como la Influenza”* y que la red hospitalaria estaba preparada, dado que en el pasado ya ha enfrentado otras situaciones similares como el brote de influenza AH1N1 en el 2009, de SARS y MERS¹¹. Desde ya, se comienza a evidenciar en los dichos del ex Ministro su concepción acerca de la enfermedad, la que se expresará en distintas declaraciones y medidas adoptadas, e indefectiblemente mutará con el avance de los meses y la evidencia incuestionable de la gravedad de la pandemia.
4. Con fecha 31 de enero, la Seremi de Salud de la Región Metropolitana informó la adopción de las primeras medidas preventivas en el Aeropuerto Internacional. Éstas consistían en aislar a las y los pasajeros que presentaban algún tipo de síntoma, además de la instalación de señaléticas que indicaban la necesidad de preguntar a los pasajeros y mencionar el país del cual venían. En esta ocasión la Seremi de Salud de la Región Metropolitana, incluso antes que el ex Ministro, recorrió las dependencias del aeropuerto dando a conocer el protocolo y fiscalizando el empleo de los elementos de protección personal de los funcionarios y funcionarias.
5. Con fecha 5 de febrero el entonces Ministro de Salud, en uso de las facultades que Código Sanitario le concede, decretó alerta sanitaria por emergencia de salud pública de importancia internacional por brote del nuevo coronavirus, el cual se publicó en el Diario Oficial el 8 del mismo mes¹². A dicha fecha la situación parecía preocupante pues 24 países ya habían presentando casos de coronavirus, 20.630 personas habían sido confirmadas con la enfermedad y se reportaban 426 muertes. La Directora de la Organización Panamericana de Salud ya había evidenciado esta situación por medio de

¹¹ Dichos disponibles en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-informa-medidas-preventivas-por-brote-de-nuevo-coronavirus-en-china/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

¹² Decreto No. 4/2020, del Ministerio de Salud, que Decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1142163&buscar=Alerta%2BSanitaria> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

una carta de fecha 24 de enero, en la cual instaba a los órganos competentes a avanzar en las siguientes medidas de contención: "*detección temprana, aislamiento, manejo clínico, seguimiento de contactos, diagnóstico de laboratorio, y viajes y comercio internacionales y puntos de entrada*"¹³.

6. A pesar de las medidas que se adoptaron en el Aeropuerto en el mes de febrero, tales como la declaración jurada para pasajeros que llegaban desde el extranjero, el deber de informar los países que visitaron, la toma de temperatura y aislamiento de pasajeros con síntomas, el 3 de marzo se reportó el primer caso confirmado en Chile, un médico de 33 años de edad que había viajado al sudeste asiático, al día siguiente se sumaron dos nuevos casos, uno era contacto estrecho del primero y el otro era una persona de la Región Metropolitana que había viajado por el norte de Italia.

A raíz de la llegada del virus a Chile, el Presidente de la República, Sebastián Piñera, convocó a una primera reunión del Comité Intersectorial por Covid-19, instancia que tenía por objeto entregar a todas las subsecretarías de las carteras de los ministerios, directrices e información acerca de las medidas atinentes a la epidemia de COVID-19. En esa instancia el Señor Jaime Mañalich llamó a la población a estar tranquila ya que "*el Gobierno ha tomado el rol que le corresponde y el liderazgo que tiene en esta materia ha sido reconocido por diferentes organizaciones internacionales*"¹⁴.

Mientras tanto en sede internacional, la OMS el 11 de marzo, declaraba al COVID-19 como una Pandemia Global, pues los niveles de propagación y gravedad eran alarmantes, es por ello que se instaba a todos los países a adoptar medidas urgentes y agresivas para de esa forma cambiar el curso de la pandemia, la cual hasta esa fecha se expandía rápidamente.

7. Al 12 de marzo ya existían 33 casos confirmados y se había entrado a la fase dos del contagio, la cual comenzó con la llegada de casos de personas contagiadas al país. En esta etapa los esfuerzos se debían concentrar en identificar a aquellos individuos que traían la infección desde el extranjero y lograr su contención por medio de aislamiento para así evitar que contagien a otras. Es por ello que una de las primeras medidas que se adoptaron fueron los aislamientos de estas personas por 14 días.
8. Al 13 de marzo de 2020, se habían notificado 432 casos sospechosos a lo largo del país y 43 confirmados, 29 de ellos en la región Metropolitana, 8 en el Maule, 3 en Biobío, 2 en Ñuble y 1 en Los Lagos. 34 de las personas confirmadas tenían antecedentes de viaje a países con brotes en los últimos 14 días, 7 asociados a importación y dos, en investigación. Se evidencia en el Informe de situación COVID-19 N° 8 del Departamento de Epidemiología del MINSAL que aún se mantenía la trazabilidad del virus.

En este mismo día el Presidente de la República, se refirió por primera vez a la situación que enfrentaría el país a raíz de la pandemia. Comunicó que Chile se encontraba transitando a la fase epidemiológica 3, con altas probabilidades de pasar prontamente a la 4, indicó que desde enero, junto al Ministro de Salud, crearon un equipo de trabajo

¹³ Elementos extraídos de los considerandos del Decreto de alerta sanitaria mencionado.

¹⁴ Información disponible en: <https://deis.minsal.cl/presidente-pinera-encabeza-primera-reunion-del-comite-intersectorial-por-covid-19/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

para adoptar las medidas necesarias y elaborar un plan de acción que permitiera enfrentar la situación, dentro de las primeras acciones destacó la compra de insumos y equipamientos para el personal de salud, la implementación de una línea de laboratorios que permitiría hacer los diagnósticos de forma temprana y se decretó la alerta sanitaria con el objeto de dar recursos y facultades al Minsal.

Por su parte se creó desde el Minsal y junto a expertos, un plan que promovió la implementación de una política de protección sanitaria de las fronteras y fortalecimiento de la capacidad hospitalaria. Para dar cumplimiento a ello se anunció que se reforzaría al personal de salud, se pondría en marcha anticipada el funcionamiento de Hospitales de Ovalle, Viña del Mar, Padre Las Casas y Angol; se planificaría para contar con hospitales de construcción rápida y desde el lunes 16 de marzo se reforzaría la campaña contra la influenza. En los dichos del propio Presidente, el hecho que los 43 casos en Chile hayan tenido un comportamiento benigno indica que el plan es efectivo y que el objetivo es lograr atenuar los efectos de la enfermedad y lograr el contagio prolongado en el tiempo para efectos de no saturar el sistema de salud.

Dentro de las nuevas medidas, destacó que estas abarcaban seis áreas prioritarias. En educación se ordenó aislamiento de 14 días para cualquier miembro de comunidad educativa con contacto directo con persona contagiada de covid, aislamiento del curso completo en caso de haber alumnos contagiados, suspensión de 14 días de clases de todo el establecimiento cuando en él figuraban 2 o más contagiados, junto con ello se informó la creación y puesta en curso de una plataforma que permite hacer educación remota. En lo que respecta a salud, se mencionó que se daría licencia médica a todos quienes tienen contacto estrecho con persona positivas de coronavirus, en cuanto diagnóstico se informó que sería gratuito para los usuarios de Fonasa que se hicieran el examen en los centros de salud pública. Finalmente se anunció que el Minsal, por medio de sus subsecretarías estaba robusteciendo el sistema de red asistencial, es así que a las 38 mil camas se agregarían 2 mil más, se crearían hospitales de campaña y se destinaría un fondo de 220 mil millones de pesos para la compra de insumos y equipamiento que permitiera hacer frente a la pandemia y el pronto estrés del sistema. Estas medidas que fueron anunciadas por el Presidente, que fueron ideadas y ejecutadas por el ex Ministro de Salud Jaime Mañalich demuestran que la estrategia que deseaba seguir el gobierno era de mitigación en lugar de eliminación. En otras palabras, en lugar de realizar esfuerzos decididos de testeo, trazabilidad y aislamiento que permitieran cortar la cadena de transmisión del virus, se actuaría sobre la base de un escenario en que aumentaban los contagios con una respuesta centrada en el aumento de la capacidad asistencial, con todos los riesgos que esto implicaba para los grupos más vulnerables ya sea por comorbilidades, acceso a la atención médica u otras variables sociodemográficas.

9. Chile entró a la tercera fase epidemiológica el 14 de marzo, es decir, se estaban produciendo casos cuyo contagio se gestaba al interior del país por parte de aquellas personas que lo contrajeron en el extranjero, esta es una de las razones por las cuales algunos Alcaldes comenzaron a decretar suspensiones de clases en los establecimientos de sus respectivas comunas, lo cual sirvió para instar al gobierno a que adoptara esta

medida¹⁵. Es así que con fecha 15 de marzo se decretó la suspensión de las actividades académicas presenciales en todo el territorio nacional y junto con ello, las visitas a los hogares de personas mayores. Este mismo día el Colegio Médico (“COLMED”) declaró que las medidas anunciadas hasta la fecha por la autoridad sanitaria debían extremarse, es así que, entre otras cosas propuso aumentar las pesquisas para lo cual resultaba vital avanzar hacia la gratuidad universal del exámen de diagnóstico, transparentar la entrega de datos e información con la comunidad, suspender completa e inmediatamente los eventos masivos, extensión del teletrabajo a los funcionarios públicos para de esa manera incentivar con el ejemplo a que el mundo privado también lo haga ya avanzar en medidas que permitan controlar los precios de los elementos de protección personal necesarios para el desarrollo seguro de las prestaciones de salud. El mensaje del COLMED era claro, se necesitaba avanzar rápido en medidas que generaran la disminución de contactos entre las personas y con eso evitar el contagio masivo.

10. A pesar de que la recomendación de los expertos internacionales y científicos nacionales iba en la línea de bajar la movilidad de las personas y con ello las aglomeraciones, el 16 de marzo fuimos testigo de grandes filas de personas de alto riesgo que esperaban ser vacunadas contra la influenza en la campaña de vacunación temprana que había impulsado la autoridad sanitaria. Esta escena se repitió los días siguientes, ante ello la subsecretaria Daza indicó *“se van a fortalecer los centros de vacunación. Vamos a instalar dispositivos fuera de los consultorios para poder ir atendiendo sobre todo a la población más riesgosa, sobretudo, los adultos mayores y los enfermos crónicos”*¹⁶, en esta explicación se logra apreciar que el Ministerio, a cargo de Jaime Mañalich, no tenía un plan para llevar a cabo el proceso de vacunación de manera que evitara las aglomeraciones de personas adultas, niños, niñas y embarazadas, sino que este se fue construyendo sobre la marcha lo que ciertamente contribuye al incremento de la propagación del COVID-19 entre la población.

A los cuatro días siguientes de iniciado el proceso de vacunación temprana el Alcalde de Cerro Navia denunciaba a los medios que a las afueras de la Central de Distribución de Vacunas de Quinta Normal, había filas de ambulancias esperando para abastecerse del tratamiento, que por el momento se encontraría agotado. Consultado por ello el ex Ministro de Salud, este indicó que el problema no era de abastecimiento de las vacunas sino más bien de la reposición de estas para respetar sus cadenas de frío, reconociendo que ello se producía a propósito de la concurrencia masiva que se había observado los primeros días¹⁷ de vacunación. Nuevamente se ve un actuar sobre la marcha por parte del Sr. Mañalich, pues esto era una situación totalmente previsible.

¹⁵ Catena, P., Latorre, R., & Caro, I., “Adiós de Mañalich consolida peor momento de la crisis sanitaria para Piñera”, La Tercera, 13 de junio de 2020, disponible en: <https://www.latercera.com/la-tercera-domingo/noticia/adios-de-manalich-consolida-peor-momento-de-la-crisis-sanitaria-para-pinera/HG3AM7AGSBE6BHJBIGRVYPBQCU/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

¹⁶ Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/largas-filas-se-registran-hoy-tras-inicio-de-la-campana-de-vacunacion-contra-la-influenza/5HGyc5HTXZA6RMRI623M2J6R3E/> Ultima visita: 3 de agosto 2020

¹⁷ Información disponible en: <https://www.meganoticias.cl/nacional/295623-vacuna-influenza-donde-vacunarse-comunas-coronavirus-en-chile.html> Ultima visita: 3 de agosto

Posteriormente, a finales del mes de marzo, diversos ediles indicaron que se habían quedado sin stock de vacunas, entre ellos destacan los de las comunas de Valparaíso, Copiapó, Laja y Coronel.

11. Para esta fecha Chile entraba a la fase epidemiológica cuatro, la cual se caracteriza por la circulación viral y la dispersión comunitaria del virus, es por ello que se decidió el cierre de las fronteras del país. Junto con informar acerca de este avance y medida el ex Ministro Mañalich indicaba que *“Hemos tenido un comportamiento de crecimiento muy rápido. Esta curva de crecimiento estimamos que va a durar no menos de 8 semanas y no más de 12 semanas, según nos han señalado los expertos”*. *“No hay motivo para tener pánico. Esta es una enfermedad que afecta a pocas personas, que la mayoría de las personas que sean afectadas van a tener una enfermedad muy leve, algunos van a necesitar hospitalización”*¹⁸. Al 30 de junio Chile supera los 279 mil casos y las muertes llegaban a las 5688, según el informe diario del Minsal en 24 horas se registraron más de 3 mil nuevos casos de coronavirus¹⁹. Ciertamente la proyección mencionada por el Ministro no se cumplió ni en términos de la duración ni del impacto que tendría en la salud de la población. Se logra apreciar que sus dichos tienden a minimizar la importancia que tiene el virus, lo cual genera que la comunidad no reaccione adecuadamente a la implementación de las medidas sanitarias.
12. El 18 de marzo se publicó en el Diario Oficial el Decreto N°104 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, por el cual se declaró estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, en el territorio nacional. Junto con ello el Mandatario indicó que Chile estaba mucho mejor preparado que España e Italia, pues las medidas se comenzaron a adoptar desde febrero del año en curso, es así que estábamos preparados para “100 mil enfermos simultáneamente”, 16 mil de ellos hospitalizados y de ellos, 8 mil en tratamiento intensivo en camas críticas y 4 mil con “algún tipo de ayuda o ventilación artificial”. Indica además que respecto de la solicitud de cuarentena total hecha por el COLMED, no es una medida que el Ministerio quiera adoptar en esos momentos porque había que asegurar el abastecimiento y la existencia de los suministros básicos. Hasta esta fecha el mensaje dado por la autoridad sanitaria y el mandatario han ido en la línea de dar tranquilidad a la población porque el sistema estaría preparado para soportar las semanas de mayor contagio, sin poner énfasis en la necesidad de reducir la movilidad en las ciudades, pues la estrategia que se estaba implementando en Chile era de mitigación, buscando la propagación progresiva del virus en la población.
13. El 20 de marzo el COLMED, por medio de su Presidenta Izkia Siches, advirtió que la estrategia impulsada por el Minsal generaba descoordinación e incertidumbre en la población, es por ello que instó al cierre total de la Región Metropolitana con mantención de los servicios básicos, abastecimiento y distribución. Por su parte dio a conocer que los médicos estaban informando que no se estaba contando con la capacidad diagnóstica requerida ni se estaban aplicando los protocolos, urgía avanzar

¹⁸ Disponible en: <https://twitter.com/cooperativa/status/1239919743852740608?lang=es>

¹⁹ Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/chile-supera-279-mil-casos-covid-19-30-06-2020> Última visita: 3 de agosto

en ampliar la capacidad de testeo y mejorar la organización y coordinación de la red asistencial.

Finalmente se hizo mención a una crítica que se mantuvo durante toda la gestión del ex Ministro Mañalich, y es que el ministerio no estaba transparentando la información, los datos entregados eran *“incompletos, inconsistentes y tienen una tremenda falta de transparencia que no se había visto en la historia institucional de salud pública chilena”*²⁰. Se instó a la creación de un espacio técnico en donde las decisiones fueran compartidas por las personas que también las ejecutan.

En paralelo a la declaración hecha por el COLMED, el Minsal decretaba el cierre de los cines, teatros, pubs y centros deportivos; se crearon aduanas sanitarias en ocho regiones y cuarentena en Isla de Pascua

14. En los siguientes días del mes de marzo se creó la Mesa Social COVID, conformada por autoridades de gobierno, alcaldes, académicos y profesionales de la salud y su objetivo era ser una instancia de coordinación y colaboración entre el mundo social y político.

Las medidas sanitarias durante este mes fueron avanzando paulatinamente en la línea de evitar los contactos entre las personas, el 22 de marzo comenzó a regir el toque de queda desde las 22 hrs. en todo el territorio nacional, se instauraron cordones sanitarios en diversas comunas del país, entre ellas Chillán, San Pedro de La Paz, y Chiloé, se prohibió que las personas adultas mayores de 80 años pudieran salir de sus casas y se restringió el traslado a las segundas viviendas. Para la última semana del mes se decretó cuarentena total para siete comunas de Santiago: Lo Barnechea, Vitacura, Las Condes, Providencia, Santiago, Ñuñoa e Independencia, además de aduanas sanitarias en los principales puntos de accesos a la capital.

El acta del Consejo Asesor del Minsal del sábado 21 de marzo, señala que *“sobre el 90% de los casos no está aislado en recintos asistenciales o bajo supervisión de personal sanitario, manteniendo riesgo de diseminación a las familias y consecuentemente a la comunidad”*. El 30 de marzo este mismo consejo recomienda que *“los casos probables deben ser manejados como casos confirmados, indicar su aislamiento estricto e investigar los contactos directos e indicarles la cuarentena”*.

Con fecha 31 de marzo, existiendo un reporte de 12 personas fallecidas y 2.738 contagiados a nivel nacional, el Subsecretario de Redes Asistenciales comunicó la puesta en marcha de un plan de trabajo con hospitales y clínicas para generar una red de salud integrada que pudiera hacer frente a la pandemia, tal medida fue instruida por el Ministro de Salud de la época, para ello se creó un Consejo de Integración de la Red Asistencial Ampliado (CIRA extraordinario), para la coordinación de aspectos como flujos de ingreso a prestadores y servicios de apoyo en la atención²¹.

15. Entre el 1º y 5 de abril ingresaron a cuarentena las comunas de Hualpén y San Pedro de la Paz, sumándose a las medidas que se estaban adoptando en el centro-sur del país. Más hacia el sur, Punta Arenas entraba en cuarentena total tras experimentar un

²⁰ Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/colmed-asegura-que-informacion-oficial-sobre-covid-19-tiene-inconsistencias-son-incompletos-y-pide-cierre-urgente-de-region-metropolitana/> última visita: 4 agosto

²¹ Disponible en: <https://www.minsal.cl/subsecretario-de-redes-asistenciales-establece-plan-de-trabajo-con-hospitales-y-clinicas-para-generar-red-integrada-de-salud/>. última visita: 4 de agosto

preocupante brote de 53 casos positivos en circunstancias que el conteo nacional era de 2.738 casos confirmados y 12 fallecidos en total²².

Al 6 de abril se había casi doblado la cantidad de casos confirmados en el país, llegando a los 4.815 y a los 37 muertos²³. Es recién en este punto que el Minsal ordena el uso obligatorio de mascarillas en el transporte público.

16. Con más de cinco mil casos confirmados el 7 de abril el Sr. Jaime Mañalich decide levantar cuarentena en Lo Barnechea, Vitacura y Providencia, además de la zona sur de Ñuñoa y de Santiago. A su vez, entra en cuarentena la zona poniente de Puente Alto y Nueva Imperial. El 9 de abril, cuando llegabamos a los 5.972 casos confirmados la autoridad sanitaria informa que *“una vez que se comiencen a aplicar los test rápidos que detectan los anticuerpos del nuevo coronavirus -que puede ser entre una o dos semanas más-, se otorgará un ‘carnet de alta’ para las personas que hayan vencido la enfermedad, debido a que corresponderían a una población inmune al virus e incapaz de transmitirlo”*²⁴.

Esta medida fue fuertemente criticada por la comunidad científica pues no tenía sustento desde el punto de vista empírico²⁵, porque aún no se tenía conocimiento alguno respecto de que el superar la enfermedad protegiera para el futuro: *“No se sabe nada sobre si esos anticuerpos son productivos, cuánto duran”*²⁶, sin perjuicio de ello el Ministro Mañalich insistió con la necesidad de implementar este carnet indicando que *“es un instrumento que identifica a las personas que con altísima probabilidad, eso es lo que nos permite decir el conocimiento actual, ya tuvieron la enfermedad por coronavirus y son inmunes a adquirir una nueva enfermedad, a re-infectarse y también no son capaces de transmitir la enfermedad a otros”*.

Finalmente, el ex Ministro dejó sin efecto este anuncio el 10 de mayo, desestimando que tuviera mayores implicancias, pero sin reconocer que no tenía sustento científico, contribuyendo a la poca claridad en los mensajes que caracterizó a su cartera²⁷.

17. Con fecha 14 de abril se registraban 7.917 casos confirmados totales, con casos nuevos diarios de 392, a pesar de ello se informa que algunas de las comunas que hasta esa fecha estaban en cuarentena iban a salir de ella, tal fue el caso de Nueva Imperial, Padre las Casas, Las Condes, Hualpén y San Pedro de la Paz, mientras que otras ingresaban a esta medida, como sucedió con El Bosque y ciertos sectores de la comuna de San Bernardo atendido el avance de la enfermedad en el sector sur de la región

²² Disponible en: https://www.cnnchile.com/coronavirus/cuarentena-punta-arenas-covid-19_20200331/ última visita: 4 de agosto

²³ Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/coronavirus-06-04-2020-chile-casos-muertos-contagios> última visita: 4 de agosto

²⁴ Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-entregara-carnet-sanitario-a-los-recuperados-de-covid-19/> última visita: 4 de agosto

²⁵ La OMS, por ejemplo, señaló al respecto lo siguiente: [ONU toma distancia de carnet de alta y advierte: "Tener anticuerpos no significa ser inmune al coronavirus"](#). Y un experto señaló: [Virólogo italiano critica carnet de inmunidad: Es una estupidez enorme](#)

²⁶ Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/mundo/experto-carnet-inmunidad-coronavirus-estupidez-15-04-2020> última vez 5 de agosto

²⁷ Ver: [Gobierno da marcha atrás y anuncia que no se implementará el carnet Covid en Chile: “Se nos ha hecho ver que podría desencadenarse un problema de discriminación bastante severo”](#). última visita: 06 de septiembre de 2020.

Metropolitana. De esta manera la comunidad comienza a observar la estrategia del Minsal relacionada con las cuarentenas estratégicas y dinámica, indicando la autoridad que estas “*van en un sentido correcto y permite que los números que estamos observando sean menores a los que se supuso que iba a tener nuestro país*”. Junto con atribuir el “éxito” de las cifras a esta estrategia, se informó a la población cuáles eran los criterios para aplicar las medidas de cuarentena, para ello se tienen a la vista “*las incidencias o nuevos casos; la velocidad de propagación de la enfermedad, la densidad de los casos por Km2, el perfil etario de la población del territorio (adultos mayores, personas con enfermedades crónicas) y vulnerabilidad social, entre otros*”²⁸.

18. Desde mediados del mes de mayo, junto con las medidas anunciadas anteriormente, se comienza a instaurar un discurso de nueva normalidad tanto por el Presidente Piñera como por parte del Minsal. Desde mediados de abril se señala que “*el coronavirus “es un tema que va ser muy largo” y que “tenemos que acostumbrarnos a una nueva normalidad”*”²⁹, esta nueva forma de vivir en sociedad se refería a que poco a poco se comenzaría a abrir el comercio, “*retomando paulatinamente nuestra vida*”³⁰, lo que ciertamente también implicaba la posibilidad de realizar y asistir a juntas sociales, incluso expresamente lo señalaba la Subsecretaria de Salud Pública al decir que “*Esta nueva normalidad requiere de muchas medidas de parte de la autoridad, pero también de una responsabilidad individual de cada uno de nosotros. ¿Qué significa esto? ¿Me puedo juntar con un grupo de amigos a tomar un café? Probablemente sí, con unos pocos amigos, con cuatro amigos, con distanciamiento social, con mascarillas, con lavado de manos y manteniendo esas medidas de cuidado personal y sobre todo de prevención*”³¹.

Fundado en esta estrategia de vuelta progresiva a la normalidad, es que se informó a la ciudadanía sobre el retorno a clases, ya no para el 27 de abril, como se había anunciado previamente, sino para mediados de mayo, indicando el Ministro de la época en sesión especial de la Cámara de Diputados y Diputadas que había sido un “grave error”³² suspender las actividades escolares en los establecimientos educacionales. Se comunicó también el retorno a los espacios de trabajo físico de las y los funcionarios públicos.

Todas estas medidas que se iban comunicando día a día a la ciudadanía generaban una sensación de notable mejoría acerca del control de la pandemia, en circunstancias que los hechos nos han indicado que estábamos lejos de alcanzar ese estado en el mes de abril.

²⁸ Disponible en: <https://www.minsal.cl/el-bosque-y-parte-de-san-bernardo-y-arica-entraran-en-cuarentena-este-jueves/> última vez 4 de agosto

²⁹ Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/presidente-pinera-y-ministro-manalich-aseguran-que-el-coronavirus-es-un-tema-que-va-ser-muy-largo-y-que-tenemos-que-acostumbrarnos-a-una-nueva-normalidad/6CSYDUEM2VFS3NPBKKWTUUA64/> última visita: 6 de agosto

³⁰ Disponible en: <https://www.minsal.cl/subsecretaria-de-salud-publica-tenemos-que-retomar-paulatinamente-nuestra-vida/> última visita: 6 de agosto

³¹ Disponible: <https://radio.uchile.cl/2020/04/20/paula-daza-y-nueva-normalidad-me-puedo-juntar-con-amigos-a-tomar-un-cafe-probablemente-si/> última visita: 6 de agosto

³² Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/manalich-asegura-que-fue-un-grave-error-cerrar-escuelas-por-el-coronavirus/EDIK3X5HUVH7VFNPEHY7MEQXHI/> última visita: 6 de agosto

19. Con fecha 24 de abril el Presidente de la República, con base a las recomendaciones y orientaciones del Minsal presentó el “Plan retorno seguro” el cual consistía, entre otras cosas, en el retorno de los servidores públicos a los servicios necesarios para la comunidad, retorno de las y los trabajadores a sus actividades en el sector privado y la sociedad civil, y la vuelta de las y los estudiantes a sus establecimientos educacionales. Junto con ello se mencionó que se incluirían nuevas herramientas, como la implementación de un plan masivo de testeos rápidos de anticuerpos y la entrega del Carnet Covid 19 a los que cumplieran los requisitos de mejoría.³³ Paralelo a ello y fiel a la estrategia de cuarentenas dinámicas que se venía implementando, el 28 de abril se anunciaba que el jueves 30 de mismo mes cinco nuevas comunas entrarían a cuarentena, *“se trata de la zona norte de La Pintana, el sur de San Ramón, además de Estación Central, en la Región Metropolitana y Angol y Victoria, completas, en La Araucanía. También se amplió la medida de aislamiento a toda la comuna de Independencia.”*³⁴. El Mandatario aseguraba que estamos en una meseta con altibajos: *“Yo me siento muy orgulloso de que Chile sea uno de los países que tiene buenos resultados”*.
20. El 30 de abril del año en curso se reportaron 888 nuevos casos de los cuales, 780 son PCR positivos con síntomas propios de la enfermedad, y 108, son PCR positivos sin síntomas³⁵. Este es el día en que se comienza a notar un quiebre en la tendencia de los casos positivos diarios, pues pasamos de 550 casos a los 880, la situación de aquí en adelante comenzó a ser crítica, pues la propagación del virus aumentó notablemente. Mientras tanto, desde la Mesa de Datos emanaba un informe que mostraba una situación alarmante en la curva de la pandemia en varias comunas de Santiago, lo cual se replica en los informes de días siguientes.³⁶ De este modo el plan inicial impulsado por el entonces Ministro Mañalich consistente en las cuarentenas parciales y dinámicas, comenzaba a mostrar sus malos resultados, dejando en evidencia el fallo del mismo pues *“no bajó la movilidad en las comunas: el 70% de los viajes se mantuvo y debían caer a 20% o 30% para tener resultados positivos.”* Confirmando lo expuesto, el dos de mayo se registraron 1.427 casos diarios, día en que por primera vez el Ministro se refiere a la crítica situación que implica esta pandemia *“hoy día estamos todos en el Gobierno del Presidente Sebastián Piñera concentrados en una solo batalla. Que es la gran batalla de Chile durante este último siglo, que va a marcar a una generación completa y la puede marcar muy mal, con muertos, con pobreza, con falta de educación, con pérdidas de bienes esenciales, con pérdidas de seres queridos”*³⁷.A

³³ Disponible en: <https://www.minsal.cl/presidente-pinera-anuncia-plan-de-retorno-seguro/> última visita 6 de agosto

³⁴ Información disponible en: <https://www.minsal.cl/minsal-anuncia-cinco-nuevas-comunas-que-entraran-en-cuarentena-este-jueves/>

³⁵ Disponible en: <https://www.minsal.cl/reporte-diario-de-casos-covid-19-distingue-entre-personas-confirmadas-con-y-sin-sintomas/> última visita: 6 de agosto

³⁶ [Las cinco alertas que el gobierno ignoró antes de endurecer la cuarentena en el Gran Santiago](#)

³⁷ Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/05/02/984893/manalich-enemigo-coronavirus.htm> última visita 6 de agosto

pesar de esto sigue atribuyendo este disparo de casos a que “*nos estamos acercando a una meseta de casos nuevos*”³⁸.

21. El 3 de mayo entran en cuarentena Cerrillos, Quilicura, Recoleta y la extensión de la comuna de Santiago, en la Región Metropolitana. Lo mismo, para el radio urbano de Antofagasta y la comuna de Mejillones. El seis del mismo mes se sumó Cerro Navia, Conchalí, La Granja, San Miguel, Lo Espejo, Macul, Lo Prado, Peñalolén, La Florida, Renca, San Joaquín y La Cisterna. Se aprecia un aumento de esta medida sanitaria, en esta línea el Sr. Mañalich aseveró que “*la infraestructura hospitalaria está muy holgada y puede tolerar un aumento muy significativo de casos, que en mi opinión no va a ocurrir*”. Esto, porque según la autoridad sanitaria, “*tenemos un horizonte tranquilo muy distinto a los de países que no tomaron medidas a tiempo*”³⁹.
22. Al 11 de mayo se registraron 30.063 personas contagiadas y el jefe de Estado consideraba la pandemia como la más grave amenaza y el más formidable desafío sanitario de los últimos 100 años. Por su parte Alejandra Matus cuestionaba la cantidad de muertes que habían ocurrido en el mes de marzo según el Minsal, pues en fuentes del Registro Civil se observaba una diferencia de fallecimientos en Chile entre marzo 2019 y marzo 2020 de 932 decesos, un 12% más, configurándose el mayor salto de la década, mientras que según el Minsal en dicho mes sólo se habían producido 16 muertes⁴⁰.
23. Con el avance de los días el Ministro Mañalich informó 34.231 casos y de ellos, 14.865 recuperados y 346 fallecidos en total, razón que sirvió de fundamento para decretar cuarentena en toda la provincia de Santiago, compuesta por 32 comunas y 6 comunas aledañas a ellas, además de cuarentena obligatoria para todas las personas de 75 años o más, ampliando así el aislamiento estipulado para personas mayores de 80 años⁴¹. Sin perjuicio de las medidas sanitarias impulsadas, el 16 de mayo se llegó a un 78% de ocupación de las camas críticas en la RM⁴², lo que llevó a ejecutar los primeros traslados aéreos de pacientes y a exigirle a la red privada que aumentara el número de las camas⁴³. Ya para el 19 de mayo, el Ex Ministro de Salud al dar su reporte diario de 3.502 casos nuevos y de 509 fallecidos, indicaba que estábamos entrando a la fase más difícil, los números eran preocupantes. Con el pasar de los días se anunció la nueva estrategia que se iba a instalar desde el Minsal consistente en reforzar la identificación de casos y el

³⁸ Disponible en: https://www.cnnchile.com/coronavirus/ministro-salud-jaime-manalich-gobierno-mensajes-contradictorios_20200503/ última visita 6 de agosto

³⁹ Disponible en: https://www.cnnchile.com/coronavirus/ministro-salud-jaime-manalich-gobierno-mensajes-contradictorios_20200503/ última visita: 6 de junio

⁴⁰ Disponible en: <https://www.pauta.cl/nacional/polemica-por-cantidad-verdadera-de-muertes-en-marzo-causas-covid-19-y-otras> última visita: 7 de agosto

⁴¹ Información disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-decreta-cuarentena-total-para-la-ciudad-de-santiago-y-seis-comunas-aledanas/> (última visita: 1 de junio)

⁴² Disponible en: <https://www.minsal.cl/autoridades-de-salud-senalan-que-ocupacion-de-camas-criticas-asciende-a-78-a-nivel-nacional/> (última visita 7 de agosto)

⁴³ Disponible en: <https://www.eldinamo.cl/nacional/2020/05/19/coronavirus-chile-decreto-gobierno-pide-a-clinicas-privadas-aumentar-en-20-camas-uci-antes-del-domingo/> (última visita 7 agosto)

aislamiento en residencias sanitarias en todos aquellos lugares donde se estaba a punto de llegar a una situación en donde se necesitaría cuarentena⁴⁴.

El 25 de mayo se evidenció que el sistema en la Región Metropolitana estaba llegando a su máximo funcionamiento, pues el 91% de las camas críticas estaban ocupadas⁴⁵.

24. Llegando a las últimas semanas del mes de mayo se decidió incorporar la oxigenoterapia de alto flujo como tratamiento. El entonces Ministro Mañalich reconoció errores en proyecciones: *“Lo que hemos aprendido duramente en esta pandemia es que todos los ejercicios epidemiológicos, las fórmulas de proyección con las que yo mismo me seduje en enero, se han derrumbado como castillo de naipes”*⁴⁶. Con un total de 82.289 casos totales y con 38 comunas de la RM en cuarentena, la ex autoridad sanitaria también reconoció ignorar aspectos sociosanitarios cruciales para la evolución y el manejo de la pandemia, como es el hacinamiento: *“En otro sector de Santiago, que es nuestro drama de la cuarentena en este momento (...) donde hay un nivel de pobreza y hacinamiento del cual yo no tenía conciencia la magnitud que tenía, esa es la verdad”*⁴⁷. Parece increíble que quien estaba encargado de crear, implementar y coordinar estrategias sanitarias para hacer frente a la pandemia no tuviera conocimiento de un elemento tan relevante a la hora de buscar medidas eficientes y efectivas.

En paralelo, se hace evidente que los esfuerzos para lograr la trazabilidad se vuelven insuficientes, tal como lo señalan actas del Comité Operativo de Emergencias⁴⁸: *“80 personas contratadas: 70 telefonistas y 11 trabajadores de la salud. La mitad llama a casos y la otra mitad a contactos. Ayer 11.000 contactos no se alcanzaron a llamar, lo que está ocurriendo a diario...hay muchos contactos que no logran ser contactados. Faltan recursos humanos”*.

25. Quizás a raíz de lo expuesto en el punto anterior que con fecha 30 de mayo se empieza a instalar un nuevo foco de la estrategia: testeo masivo, residencias sanitarias y aumento de capacidad hospitalaria.

Diversos grupos de actores científicos y académicos advierten al gobierno sobre la necesidad de realizar cambios en la estrategia, y señalan que se actuó en forma tardía en la Región Metropolitana. Publican la carta llamada *Propuestas para evitar una catástrofe*, en donde expresan: *“el aislamiento y cierre oportuno de ciudades o regiones, que pronto se verán saturadas por los altos niveles de contagio, para así evitar que no se repita la situación actual de la Región Metropolitana, donde se actuó tarde”*.⁴⁹

⁴⁴ Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministro-manalich-hace-llamado-a-la-unidad-para-enfrentar-la-lucha-contra-el-covid-19/> (última visita 7 de agosto)

⁴⁵ <https://www.elmostrador.cl/destacado/2020/05/17/en-medio-de-la-agudizacion-de-la-crisis-sanitaria-informe-de-la-sochimi-estima-en-91-ocupacion-de-camas-criticas-en-la-rm/>

⁴⁶ [Mañalich: “Todos los ejercicios epidemiológicos, las fórmulas de proyección con las que yo me seduje en enero, se han derrumbado como castillo de naipes”](#)

⁴⁷ [Mañalich por pobreza y hacinamiento en sectores de Santiago: “No tenía conciencia de la magnitud”](#)

⁴⁸ [Falla pieza clave para contener el virus: acta interna del Minsal revela graves problemas en la trazabilidad de casos](#)

⁴⁹ [“Propuestas para evitar una catástrofe”: Científicos publican carta abierta al presidente Piñera por pandemia de coronavirus en Chile](#)

26. El 2 de junio se conocieron indicios de que, en contraste con los dichos del Ministro, existen grupos de la población que no estaban pudiendo acceder a los cuidados necesarios. A esto, se sumaba el importante número de fallecimientos en las urgencias de la Región Metropolitana, comparables a las muertes en unidades críticas a nivel nacional⁵⁰: *“Así, los reportes diarios de la Sochimi muestran que en los últimos 12 días fallecieron 204 pacientes con Covid-19 (o a la espera de su PCR) en los servicios de Urgencia de la capital. Esto, versus los 304 pacientes que murieron en las UPC, pero a nivel nacional.”*
27. Recién, con fecha 3 de junio se incorpora a la salud primaria el trazado de casos, lo cual había sido solicitado por diversos actores⁵¹ que consideraban que los centros de atención primaria eran cruciales en la labor de seguir la trazabilidad del virus, pues son los que conocen mejor manera el territorio en el que están insertos. En esta misma fecha Espacio Público publica informe que indicaba que entre el 2 de abril y el 27 de mayo, el número de fallecimientos que podía atribuirse directa o indirectamente a la pandemia es de 1537, una cifra mucho mayor que los 825 reportados. Parte importante se podría deber a muertes por Covid que no han sido contabilizadas como tales, debido al criterio utilizado por la autoridad (PCR confirmado positivo). Este informe hace evidencia no sólo de una diferencia en cifras sino que también de la falta de transparencia con la que el Minsal ha tratado los datos con los que cuentan y las metodologías que implementa, lo cual dificulta los posibles aportes de la comunidad científica que no circunda directamente al Ministerio.
28. En los primeros días de junio se comenzaron a ejecutar test PCR de saliva en atención primaria para testeo masivo, campaña para aislarse en residencias sanitarias las cuales al 6 de junio eran 130 con 11.786 cupos; se decretó cuarentena para San Antonio y Calama y se dió inicio a la campaña “El próximo puedes ser tú”. Desde el Ministerio, en relación con un cambio en la metodología para contabilizar la mortalidad, se reconocen 653 muertes adicionales⁵², tras un informe de Espacio Público que se refería a esta materia: *“Estamos haciendo un cambio metodológico en la forma en que contamos a las personas que han fallecido y que presuntamente su muerte podría estar vinculada a una infección por Covid-19”; “Esto nos lleva a la necesidad de reconocer, según recomendaciones de la OMS, tanto en marzo como en abril, a asignar como posibles casos de muertes, asociadas a Covid-19, un número de 653 personas fallecidas”*. En total, a esta fecha habría 2190 muertes. El 8 de junio el Ministerio de Salud explica el cambio de metodología para registro de fallecidos por informe de Espacio Público, para lo cual utilizarán la base de datos del Registro Civil. Baja de 93 el día anterior a 19 fallecidos. En términos del ex Ministro Mañalich, "Al

⁵⁰ [Más de 200 pacientes por Covid-19 han fallecido en las urgencias de la Región Metropolitana](#)

⁵¹ Disponible en:

<https://www.senado.cl/alcaldes-en-comision-de-salud-la-atencion-primaria-se-esta/senado/2020-04-22/162232.html/> última visita 11 de agosto

⁵² <https://www.latercera.com/nacional/noticia/manalich-anuncia-correccion-en-cifra-de-fallecidos-con-covid-19-incorpora-a-653-personas-y-eleva-cifra-total-a-2290/VR2N2AWOIZAGJHDTDRWA7AON3M/>

tomar decisiones sobre cambio de metodologías de ir al Registro Civil, nos parece más exacta para realizar los ajustes e informarlos en los reportes diarios"⁵³.

29. Con fecha 12 de junio, a un mes de la cuarentena en la RM, la capacidad hospitalaria comenzó a colapsar en la región, pues en ella se concentraba alrededor de un 80% de los casos a nivel nacional. Pese a lo anterior no se toman todas las medidas necesarias para evitar la diseminación hacia otras regiones. Recién a esta fecha se agregan sectores rurales de la RM a la medida⁵⁴
30. Con fecha 13 de junio del presente año, tras la publicación de un reportaje de Ciper que da cuenta de la existencia de un subreporte de fallecimientos por Covid-19 a la opinión pública, en relación a lo informado a la OMS⁵⁵, se comunica por los diversos medios de comunicación que el Ministro Malich renunciaba a su cargo como Ministro de Salud, asumiendo la cartera el Doctor Enrique Paris. La salida del ex- Ministro se produce en medio de, los que en ese momento eran las peores cifras de la pandemia, pues ese día se registraban 6.509 nuevos contagiados y los muertos con PCR positivo superaban los 3.000.

De los hechos relatados se puede apreciar que las potestades legales de su cargo como Ministro no fueron ejercidas de manera apropiada para de esa forma dar cumplimiento a sus responsabilidades en la cartera de salud, incluso se puede evidenciar decisiones imprudentes y erráticas que configuran la causal que habilita la presente acusación, lo cual será tratado en la tercera parte de este escrito.

TERCERA PARTE: CAPÍTULOS ACUSATORIOS

En virtud de lo establecido en el artículo 51 de la ley orgánica constitucional del Congreso Nacional, el Senado conocerá la acusación constitucional, votando cada capítulo por separado. La norma referida establece que “se entenderá por capítulo el conjunto de los hechos específicos que, a juicio de la Cámara de Diputados y Diputadas, constituyan cada uno de los delitos, infracciones o abusos de poder que, según la Constitución Política, autorizan para interponerla.”

La presente acusación consta de dos capítulos. El primero acusa al Ex Ministro de Salud de haber infringido gravemente la Constitución y las leyes y haber dejado éstas sin ejecución al haber colocado en riesgo la vida y la salud de la población, y el segundo, de haber infringido gravemente la Constitución y las leyes y haber dejado éstas sin ejecución a raíz del ocultamiento de datos y faltas a la probidad.

⁵³ Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/06/09/balance-del-covid-19-en-chile-se-registraron-19-muertes-tras-cambio-en-consulta-del-registro-de-defunciones/> última visita 7 de agosto

⁵⁴ “Batalla de Santiago”... casi a punto del fracaso

⁵⁵ Sepúlveda, N., “Minsal reporta a la OMS una cifra de fallecidos más alta que la informada a diario en Chile”, Ciper, 13 de junio de 2020, disponible en: <https://ciperchile.cl/2020/06/13/minsal-reporta-a-la-oms-una-cifra-de-fallecidos-mas-alta-que-la-informada-a-diario-en-chile/>

Capítulo I: De haber infringido gravemente la Constitución y las leyes y haber dejado éstas sin ejecución al haber colocado en riesgo la vida y la salud de la población.

A. Antecedentes que dan origen a las infracciones del ex Ministro de Salud.

El ex Ministro Jaime Mañalich, desde antes del inicio de la pandemia, y hasta el 13 de junio de 2020, estuvo a cargo de la dirección superior del Ministerio de Salud, según lo dispuesto por el artículo 7° del Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2006 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 (“Ley Orgánica del Ministerio de Salud”). De acuerdo a la misma ley, esta secretaría de estado es el organismo encargado de “ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones” (artículo 1°).

De acuerdo a esta responsabilidad, y en función de los hechos relatados de manera general en el capítulo segundo de este libelo, en el actuar del ex Ministro, se identifican infracciones a la Constitución y las leyes, dejándolas sin ejecución, en cuatro ámbitos de la gestión sanitaria de la pandemia: **(a)** falta de preparación adecuada de los servicios de salud; **(b)** medidas de aislamiento insuficientes e inoportunas; **(c)** una equívoca comunicación del riesgo sanitario; y, **(d)** una gestión negligente respecto de las personas que viven con VIH.

a) Falta de preparación

Tal como ya fue expuesto, el 5 de febrero de 2020, el ex Ministro Mañalich decretó alerta sanitaria en todo el territorio nacional. Esto ocurrió en el contexto de fase 1 de desarrollo de la pandemia en el país, es decir, ***“Fase 1: En esta fase no hay personas contagiadas en el país. Sin embargo, los ministerios e instituciones implicadas en la salud pública toman medidas preventivas y se preparan para la llegada de casos al país. “***

El decreto de alerta sanitaria, fundado en el artículo 36 del Código Sanitario, entrega al Ministerio de Salud facultades extraordinarias para evitar la propagación de la pandemia y enfrentar la emergencia. La alerta sanitaria, y sus posteriores modificaciones, permite a la autoridad sanitaria flexibilizar las normas administrativas de contratación de personal y compras públicas, decretar cierres de fronteras externas e internas, imponer medidas de aislamiento, cerrar establecimientos y limitar reuniones, requerir directamente el auxilio de la fuerza pública, establecer fijaciones de precios a productos e insumos médicos, tomar el control de todos los establecimientos de salud, incluyendo los privados, impartir instrucciones a todos los organismo públicos, y fiscalizar y sancionar, entre otras atribuciones.

De lo anterior, se sigue que el Ministerio de Salud, encabezado por el ex ministro Mañalich contaba con amplias atribuciones y facultades para adoptar las medidas adecuadas para el resguardo de la salud de la población, cuestión que se omitió, con el resultado de miles de contagios y muertes que pudieron ser evitadas. En particular, se identifican las siguientes

omisiones y negligencias que se tradujeron en una inadecuada preparación sanitaria para enfrentar la amenaza del Covid-19:

(i) Medidas de prevención de los contagios insuficientes

Durante el mes de febrero se adoptaron algunas medidas en las fronteras aéreas del país, a saber, se exigía declaración jurada para pasajeros que llegaban desde el extranjero, el deber de informar los países que visitaron, la toma de temperatura y aislamiento de pasajeros con síntomas, pero sin que se habilitaran licencias lo cual hacía impracticable el respeto de las cuarentenas. Desde el inicio se observa un mal manejo de las fronteras por parte de la autoridad sanitaria, en circunstancias que desde el 26 de febrero se registraba el primer caso en América Latina. Es así que prontamente el país entró en a la fase 2 de dicha enfermedad que se puede resumir en el siguiente párrafo:

Fase 2: Esta fase comienza con la llegada de casos de personas contagiadas al país; personas que se contagiaron en los países donde comenzó el contagio. En esta fase, las acciones son identificar a aquellas personas que traen esta infección desde el extranjero y lograr una contención adecuada, es decir, tratar con medidas de aislamiento y control que estas personas no contagien a otras. Por ello, hasta ahora se ha pedido una medida que ha sido que las personas que ingresan al país desde los países con contagio comunitario, queden aislados por 14 días. Desde esta fase, en adelante, es importante que puedas implementar las medidas de prevención de contagio otorgadas por MINSAL e instituciones autorizadas en la materia, como:

1. Lavarse las manos frecuentemente usando un desinfectante para manos a base de alcohol o agua y jabón.
2. Cubrir boca y nariz con el antebrazo o pañuelos desechables al estornudar o toser; desechar el pañuelo utilizado y lavarse las manos inmediatamente cada vez.
3. Evite el contacto con cualquier persona que padezca fiebre y tos.

En relación con este mismo contexto, el 3 de marzo se dió a conocer el primer caso de Covid-19 en el territorio nacional, específicamente en Talca y, horas más tarde, en la Región Metropolitana. Ante esta situación, el gobierno presenta su primer plan de Acción ante el Coronavirus. Días después, el 11 de marzo la OMS ha declarado el Covid-19 como pandemia; lo que significa una epidemia a nivel mundial. En esta situación, y con el consiguiente aumento de casos, en Chile pasamos a la fase 3 en la cual se señala que:

Fase 3: En esta fase hay ocurrencia de casos contagiados en el país por aquellas personas que contrajeron el virus en el extranjero, y que fue transmitido a través de gotitas de saliva o mucosa. En esta fase será esencial que puedas continuar y reforzar las medidas de prevención de contagio. Una buena medida de prevención que puedes incorporar son tipos de saludos que evitan el contacto de manos y cara.

Bajo este contexto, el 16 de marzo entramos a la fase 4 del Covid-19. Con 155 contagiados el Gobierno declara el cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas además de medidas adicionales para contener la propagación de virus. De acuerdo con las definiciones, la

fase 4 se da cuando: *“Fase 4: Se declara fase 4 cuando el contagio se ha extendido a la población, no pudiendo establecerse la cadena de contagio, y en ese sentido, hacer su trazabilidad.”*

De esta manera, desde el 3 de marzo, día en que se registra el primer caso de la enfermedad, hasta que se comienza con la fase 4, transcurrieron solo 13 días, es decir, bastaron menos de dos semanas para que se perdiera la cadena de contagio haciendo imposible la trazabilidad de los casos importados. Esta rápida propagación se debe a un grave error de inicio: el Minsal no tuvo un buen manejo de las fronteras, elemento crucial para haber contenido la pandemia en sus primeras fases. Así lo mencionó el Colmed en el informe presentado a la Comisión Especial Investigadora N°47 encargada de analizar los actos de Gobierno relacionados con la pandemia COVID-19⁵⁶: *“prácticamente no hubo búsqueda de casos importados, que junto a la ausencia de protocolos rigurosos para quienes ingresaban al país con sospecha de haber contraído el COVID-19, hicieron que el virus ingresara y se propagara rápidamente. En las primeras semanas hubo además una respuesta lenta en el cierre de fronteras, siendo Chile uno de los últimos países de la región en llevar a cabo esta medida”,* ya que con fecha 16 de marzo comenzó a regir el cierre de las mismas.

Con este avance de la pandemia, el Gobierno anunció que su política estaba basada en la aplicación de test, trazabilidad y aislamiento. Sin embargo, esta definición que en las declaraciones parece adecuada, no se expresa en los hechos debido a los siguientes factores: **(i)** una definición inicial de casos muy estrecha, que solamente incluye como sospechosos a personas que cumplan con los requisitos copulativos de tener sintomatología, incluyendo fiebre, y provenir de un país con altos niveles de contagio o identificar un contacto estrecho Covid-19 positivo; **(ii)** no se contó con un plan de trazabilidad, sino hasta muy avanzada la pandemia, lo cual, tal como se verá más adelante, es fundamental para el control de la propagación del virus; y, **(iii)** no se definió una política adecuada de licencias médicas, redundando en la práctica en la imposibilidad en muchos casos de llevar a cabo una cuarentena y respetar el aislamiento.

Además de lo anterior, debido a que no se han hecho públicos los datos desagregados respecto del testeo (ubicación geográfica, proporción sistema público/privado, distinción entre el número de test y el número de personas a las que se han aplicado) ni la cantidad límite de test diarios para toma en el sistema público en los distintos niveles de atención, la información para evaluar la política de testeo aplicada por el ex Ministro es insuficiente. Al respecto, el 22 de marzo el Colmed entregó su “Primera Minuta con Propuesta en Mesa Social”, poniendo énfasis en que el testeo y la capacidad diagnóstica es fundamental para conocer la realidad nacional e indispensable para determinar el actuar y para precaver escenarios futuros, e instando a dar gratuidad a los exámenes diagnósticos con cargo al presupuesto fiscal, para de esa manera mejorar el acceso de la población a estos.

⁵⁶ Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/documentos.aspx?prmID=2821>

Adicionalmente, al inicio del desarrollo de la pandemia, no se tomaron oportunamente medidas de cierre de los servicios públicos, transformándose estos en focos de contagio. En efecto, se decidió mandar a cuarentena únicamente a los funcionarios contagiados, sin considerar contactos estrechos. Esta ineficiencia en las medidas explican situaciones como el contagio de 32 funcionarios de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, resultando con la muerte de uno de ellos. Incluso en los hospitales, no se decretan cuarentenas para los contactos estrechos, hecho que fue denunciado en el Hospital El Carmen de Maipú.

(ii) Anuncios del Gobierno causan confusión y aglomeraciones

Dentro del mes de marzo y entrando en la fase epidemiológica número 4, el Ministerio de Salud llamó a la población a acudir a vacunarse contra la influenza a los vacunatorios de los centros de Atención Primaria de Salud. Tal como fue expuesto en el segundo apartado de esta acusación, ello generó aglomeraciones en los recintos de Atención Primaria del país, contraviniendo la necesidad manifiesta de mantener distanciamiento físico.

A esto, se suma la denuncia desde diversas localidades de la falta de vacunas para influenza, lo que impedía vacunar rápidamente a la población objetivo y evitar nuevas aglomeraciones. Lo anterior, se agravaba con los reiterados llamados del gobierno a acudir a los centros de salud a vacunarse.

Así, se evidencia otro error de gestión y coordinación por parte del Minsal, ejerciendo sus facultades legales de manera deficiente, sin escuchar las recomendaciones dadas por el Colmed, entidad que el 20 de marzo denunciaba la nula participación en las instancias de diálogo.

(iii) Falta de preparación de la infraestructura e insumos

El 17 de marzo se empezaron a conocer las primeras denuncias en recintos asistenciales por desabastecimiento de mascarillas y, en menor medida, de alcohol gel. En la misma fecha, se anuncian diversas medidas de preparación, respecto de las cuales no se ha dado cumplimiento a todas (hospital de campaña en Cerrillos), o han sido inadecuadas.

A la fecha, el Ministerio de Salud aún no precisaba el número de camas UCI con que contaba Chile para enfrentar el brote del virus en su peak, al mismo tiempo que el ex Ministro Mañalich estimaba que el peak de infección podría llegar a más de 40 mil personas de forma simultánea entre fines de abril y principios de mayo.

En ese contexto, Jaime Mañalich informó que se acordó el arriendo del centro de eventos Espacio Riesco para atender a más de 3 mil pacientes por COVID-19; y el Minsal anunció que dispondrán de “hoteles sanitarios” para pacientes con síntomas leves de coronavirus: *“apunta a las personas que están positivas, pero que en la práctica casi no están enfermas, o los síntomas son muy leves, necesitamos un aislamiento, como recintos parecidos a hoteles, guarderías (...)* ***Hay personas que no pueden cumplir el aislamiento en sus casas,***

porque no tienen capacidad de cocinar, tienen discapacidad, son muy dependientes de terceros, que no van a llegar a sus casas a atenderlos o, incluso, las atenciones del hogar no proporcionan seguridad de un aislamiento conveniente”.

Sin embargo, estas declaraciones son contradictorias con los requisitos que se exigen para ingreso a residencias, como lo ilustra el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central:

PLAN DE ACCIÓN
CORONAVIRUS
COVID-19

¿Quiénes pueden ingresar a la **Residencia Sanitaria** del SSMC?

1. **Personas confirmadas COVID-19**
2. **Personas sospechosas de alto riesgo por contacto con un confirmado**
3. **Personas de alta por COVID-19 positivo que aún requieren cuidados**

Todos deben ser:

- Autovalentes
- Asintomáticos o con síntomas leves
- Con enfermedades crónicas compensadas
- Sin posibilidad de realizar la cuarentena en su domicilio, por hacinamiento, falta de red de apoyo o por riesgo para su grupo familiar.

Para más información visita www.ssmc.cl

LLAMA Y SE ATIENDE RESPONDE
600-360-7777

#CuidémonosEntreTodos

Ministerio de Salud
Servicio de Salud Metropolitano Central

Como se lee en el anuncio precedente, los criterios para acceder a residencias sanitarias eran muy estrechos: personas autovalentes y con síntomas leves. Medida inadecuada para garantizar aislamiento de todas las personas que lo requieren, además de incongruentes con las propias declaraciones efectuadas por la autoridad nacional.

En la misma época, se anunció la habilitación de un hospital de campaña en el Parque Bicentenario de Cerrillos en donde, según proyectan las autoridades, se debieran instalar cerca de tres mil camas. El subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga, detallaba que en el corto plazo se habilitarán otras cuatro mil camas básicas, más 900 para pacientes críticos a través de la oferta disponible tanto en la red pública, de las Fuerzas Armadas y privados.

A pesar de las declaraciones y anuncios del Ministerio que aseguraba estar adecuadamente preparado, el 8 de abril los exámenes se reducen a la mitad por quiebre de stock de reactivos para realización de test PCR; y, el 12 de mayo, con 1.658 casos reportados por el

Ministerio de Salud (Chile entre los diez países con más contagios⁵⁷), se produjo el colapso de las camas UCI en la RM.

(iv) Ausencia de un plan de trazabilidad

Al revisar las minutas presentadas por el Colmed a la Mesa Social, se evidencia la preocupación constante, a partir del 7 de abril por la deficiencia en testeo y trazabilidad, elementos esenciales para contener la propagación del virus. Es así que se constataba una escasa capacidad de seguimiento de casos y contactos a nivel regional, como también la detección temprana de contactos que presenten síntomas, funciones que estaban siendo realizadas por las Secretarías Regionales Ministeriales.

Con fecha 9 de abril siguen las limitaciones para realizar PCR en regiones, es así que en la Araucanía, a pesar de ser una de las regiones más afectadas en aquella fecha por el virus, sólo estaba realizando 150 testeos diarios. Por otro lado, Tarapacá aún no contaba con autonomía en el procesamiento de las muestras.

Debido al aumento de casos, los que en la segunda semana de abril superaron los más de 1.400, se vuelve a expresar preocupación por la capacidad de seguimiento de los positivos y contactos en las diversas regiones, pues resultaba evidente que la Seremi no daba abasto para realizar tal labor. Hasta este punto no se presentaba un plan de trazabilidad y, según consta en Minuta del Colmed presentada a la Mesa Social el 8 de mayo, los últimos seis informes epidemiológicos del Minsal no contienen información sobre trazabilidad de los casos, sin que tampoco exista una estrategia de aislamiento de los casos sintomáticos y asintomáticos.

A principios del mes de mayo el Colegio Médico recibió múltiples reportes de casos cuyos contactos no habían sido ubicados y que por tanto no se les hacía seguimientos y menos se velaba por el cumplimiento de medidas de aislamiento. Esto denota que las Seremi no habían logrado cumplir con dos funciones centrales que había anunciado el MINSAL, esto es: determinar trazabilidad y seguimiento de los casos y contactos.

Luego de que diferentes académicos y epidemiólogos insistieran desde un comienzo con que en la labor de trazabilidad se debían incorporar a la Atención Primaria de Salud, para de esa manera aumentar el manejo de los casos y su seguimiento, recién el 30 de mayo se anuncia la asignación de responsabilidad de trazabilidad y seguimiento de casos a la atención

⁵⁷ Mañalich: preocupación “por la velocidad del incremento”.

A nivel mundial, y considerando la información consolidada a la fecha por la página worldometers.info, los 1.658 casos de Chile ubican al país en el séptimo puesto entre los que más casos diarios reportaron, a la espera aún de los informes de algunas naciones especialmente afectadas, como Francia y Turquía. España informó de 1.377 nuevos contagiados e Italia dio cuenta de 1.402 casos, ambos por debajo de la línea nacional, una curva que está ascendente.

Países con más contagios: Rusia 10.899 casos; Estados Unidos 7.142; Reino Unido 3.403; India 3.213, Brasil 3.100, Arabia Saudita 1.911 y Pakistán 1.733, todos países, eso sí, con poblaciones de tamaño muy superior a Chile.

primaria de salud. Las declaraciones causaron sorpresa entre los gremios de atención primaria ya que ante la falta de directrices centralizadas (por parte del MINSAL), las corporaciones y departamentos de salud comunal han desarrollado desde el inicio de la pandemia planes locales de trazabilidad sin la coordinación ni aporte de recursos ministeriales. Cabe destacar el comentario via twitter de Rosa Oyarce, la ex-Seremi de salud de la Región Metropolitana, despedida por el ex ministro Mañalich, indicó: *“Parece que están descubriendo la rueda, siempre dije que la atención primario era el punto de partida en salud para el control y seguimiento de los casos con coronavirus”*⁵⁸.

Solo recientemente, y luego de la renuncia de Jaime Mañalich al Ministerio de Salud, fue publicado el “Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento” (2 de julio 2020). Cabe destacar que el protocolo llega tarde, y muy probablemente por el cambio de Ministro y por la presión de la sociedad civil (COLMED, municipios, organizaciones sociales, gremios de salud). La publicación tardía del documento da cuenta que previamente no existía ningún tipo de planificación del testeo, trazabilidad y aislamiento, lo que puede explicar en gran medida el aumento sostenido de los contagios y fallecimientos.

Lamentablemente, el ex ministro Mañalich durante su mandato en la gestión de la pandemia no centró los esfuerzos en la trazabilidad, queda en evidencia que las medidas implementadas en relación a este punto no fueron suficientes pues nunca se logró seguir eficientemente el rastro de los casos y sus contactos. Este es un punto central en el control y manejo de la pandemia pues es esencial para cortar la cadena de transmisión de la enfermedad y también para evitar rebrotes en las fases de desconfinamiento.

b) Medidas de aislamiento insuficientes e inoportunas

En este apartado es necesario remitirse a la relación de hechos hecha en la segunda parte del libelo acusatorio, en la cual se deja en evidencia la tardanza en las medidas adoptadas por el entonces Ministro de Salud, Sr. Mañalich, pues las cuarentenas de algunas comunas fueron decretadas recién a finales del mes de marzo, en contraposición a lo petitionado por el Colmed, quienes han promovido desde un inicio la necesidad imperante de decretar medidas de aislamiento y cierre de ciudades para evitar la propagación de los contagios.

Se aprecia un contraste importante entre lo que recomienda la comunidad científica y lo ejecutado por el Minsal, de los dichos esbozados en la segunda parte de esta acusación, se denota que el Ministro estaba apostando por implementar una estrategia de mitigación promoviendo la inmunidad de rebaño: *"El esfuerzo aquí no es que nadie se contagie, sino que se contagien las personas, porque la única manera de protegernos para el futuro es que la mayor cantidad de gente se contagie, pero que lo hagan de una manera lenta", en circunstancias que no existían demostraciones científicas y certezas que validaran esta línea*

⁵⁸ <https://twitter.com/OyarceRosa/status/1268703395919073281?s=19>

de acción, ya que aún no se tenía conocimiento de la generación de anticuerpos y la duración de los mismos.

Por su parte el Centro Cochrane Iberoamericano, entre otros miembros de la comunidad científica, indicaron que “Ante la ausencia de un programa de vacunación, no se debería establecer como objetivo alcanzar la inmunidad de grupo, ya que las consecuencias sociales podrían ser devastadoras. Se deberían potenciar las medidas que protegen a los grupos más vulnerables con la esperanza de que la inmunidad colectiva se logre eventualmente como un subproducto de dichas medidas sin tener la inmunidad de rebaño como un objetivo principal en sí mismo.”⁵⁹

Es dable destacar en esta sección que durante todo el tiempo que el Sr. Mañalich estuvo como Ministro de Salud, existieron impedimentos materiales para el cumplimiento de las cuarentenas y aislamiento de las personas contagiadas, los cuales se relacionaron con las licencias médicas, como da cuenta la siguiente cronología:

- Por medio de ORD N° 891 de fecha 18 de marzo del 2020, el Minsal dio indicaciones relacionadas con el otorgamiento de licencias médicas. Dentro de ella se prescribe que las licencias sólo se deben emitir por 14 días para los casos confirmados. Esta medida hace impracticable aislar a los casos sospechosos que estaban en espera de confirmación, como también a los contactos de los casos confirmados, debiendo seguir con su rutina cotidiana que en la mayoría de los casos implica movilidad y por tanto propagación del virus.
- Por su parte el Colegio Médico solicitó expresamente al Minsal que agregara el código de licencia “Caso Sospechoso COVID-19”, con una duración de 10 días de licencia, sin necesidad de confirmación por PCR, pues los resultados del test estaban demorando bastante en algunas regiones, sin que durante ese tiempo de espera la persona pudiera tener posibilidad de estar aislada, pues no contaba con un instrumento que justificara su ausencia laboral, lo cual es fundamental para cortar la cadena de transmisión.
- En el mes de mayo el Minsal estableció que la licencia para el caso sospechoso era de 4 días, en circunstancias que el resultado del PCR estaba demorando incluso hasta 10 días. Esta medida generaba que las personas o tuvieran que volver a trabajar al día cinco, o bien fueran al centro asistencial a renovar su licencia, lo que se traduce en movilidad y propagación del Covid-19. Resultaba urgente ampliar la licencia a 14 días y prescindiendo del resultado del PCR, pues es la manera de asegurar que esa persona pueda ser Covid positiva y por tanto contagiar al resto de la población.
- Si bien el 30 de mayo, se dio una definición de caso probable, no se estableció en el sistema una licencia para él.
- En cuanto al contacto estrecho, recién el 4 de junio se permite determinar contacto estrecho de paciente COVID (+), sólo con el objeto de informar las indicaciones y cuidados que éstos deban adoptar. Las licencias por contacto estrecho solo pueden ser extendidas por la SEREMI, las cuales ya se encontraban bastante sobrecargadas en funciones, razón por la cual se registraron demoras en sus entregas configurándose

⁵⁹ Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/inmunidad-de-grupo-inmunidad-de-reba%C3%B1o-y-covid-19/> última vista el 11 de septiembre

como un factor de exposición innecesario, pues perfectamente el Minsal podría haber entregado esta función a las Atención Primaria de Salud.

Se evidencia la mala implementación de las licencias y cómo estas constituyeron durante meses como un factor que aumentaba la propagación del virus, pues no generaba las condiciones materiales necesarias para que las personas permanecieran aisladas y respetando cuarentenas.

c) *Equívoca comunicación de riesgo*

A continuación se presenta una breve cronología de algunos puntos comunicacionales que resultan decisivos en el comportamiento de la población, tal como se comprueba en el estudio que cierra este apartado. Como se ve, la continuidad de una política comunicacional enfocada en un falso exitismo, en la subestimación de la enfermedad y en la obsesión de minimizar la crisis sanitaria no para proteger a la población sino como herramienta de disputa hacia adversarios políticos, tiene un corolario que se cuenta en enfermos y fallecidos.

- El 17 de marzo, con 81 casos nuevos reportados, el ex Ministro señalaba: *“no hay motivo para tener pánico. Esta es una enfermedad que afecta a pocas personas (...) algunos van a necesitar hospitalización”*⁶⁰.
- El 21 de marzo, el ex Ministro decía ante quienes cuestionaban la ausencia de medidas adecuadas, *“¿Qué pasa si el virus muta y se pone buena persona?”*⁶¹.
- El 2 de abril, el mismo Sr. Mañalich señalaba: *“El esfuerzo aquí no es que nadie se contagie, sino que se contagien las personas, porque la única manera de protegernos para el futuro es que la mayor cantidad de gente se contagie, pero que lo hagan de una manera lenta”*⁶², evidenciado la estrategia de mitigación por la que había optado.
- Como ya se ha expuesto, el 10 de abril, con 529 casos nuevos reportado, el Gobierno anunciaba la entrega del carnet COVID.
- Por su parte, la subsecretaria Paula Daza el 14 de abril señalaba: *“si hipotéticamente pudiéramos estar un mes en cuarentena, probablemente no nos infectaríamos, pero ¿una vez que se levante? Vamos a seguir todos susceptibles a poder infectarnos y podríamos contagiarnos todos juntos”*⁶³.

⁶⁰ “General Ricotti: El toque de queda, a la fecha, no está previsto”, Cooperativa, 19 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/el-mundo-extrema-medidas-tras-la-declaracion-del-coronavirus-como-pandemia/2020-03-16/053448.html#relato220> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁶¹ “¿Qué pasa si el virus muta y se pone buena persona?”: frase de Mañalich es destacada por medios internacionales, El Desconcierto, 21 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/03/21/que-pasa-si-el-virus-muta-y-se-pone-buena-persona-frase-de-manalich-es-destacada-por-medios-internacionales/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁶² Ministro Mañalich: “El esfuerzo no es que nadie se contagie, sino que se contagien de manera lenta”, T13, 2 de abril de 2020, disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/politica/ministro-manalich-esfuerzo-no-es-nadie-se-contagie-sino-se-contagien-manera-lenta> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁶³ Subsecretaria Paula Daza justifica la fórmula del Minsal para las cuarentenas: “Tenemos que lograr que las personas se vayan enfermando progresivamente”, El Mostrador, 14 de abril de 2020, disponible en: <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/04/14/subsecretaria-paula-daza-justifica-la-formula-del-minsal-para-las->

Estas afirmaciones se hacían por la autoridad sanitaria, mientras la directiva de la Asociación Chilena de Inmunología en “Consideraciones inmunológicas para el alta médica de pacientes con COVID-19” indicaba que hasta la fecha *“no existe suficiente evidencia científica que permita asegurar que todos los pacientes recuperados de COVID-19, según los criterios establecidos por el Ministerio de Salud de Chile, están protegidos de volver a contraer la enfermedad y transmitir el virus SARS-CoV-2. La evidencia actual indica que las personas infectadas generan anticuerpos contra SARS-CoV-2 dentro de 7-14 días. Sin embargo, la duración de esta respuesta y la capacidad de estos anticuerpos de conferir inmunidad es aún objeto de estudio (...) Nos parece importante recordar que los primeros reportes de la enfermedad emergieron hace menos de cuatro meses en el mundo y alrededor de 40 días en Chile. Por lo tanto, no ha transcurrido tiempo suficiente para tener un conocimiento acabado de la respuesta inmune contra SARS-CoV-2. Nos parece que los criterios actuales de alta médica, y medidas como el carnet de alta, ameritan un análisis más profundo de la evidencia científica disponible y que consideren la experiencia exitosa de otros países.”*

- El 16 de abril, y con 534 casos nuevos reportados, el Gobierno dictó el Oficio de plan de retorno gradual de funcionarios públicos y se publicó el protocolo para reapertura de malls y comercio.
- Lo anterior es coherente con la política de “nueva normalidad”, que anunciaba al día siguiente el Ministro Mañalich junto al Presidente Sebastián Piñera: *“tenemos acostumbrarnos a una nueva normalidad”*⁶⁴.
En esta misma fecha, se evidencia que el Informe epidemiológico no cuenta con información sobre trazabilidad de los casos, lo cual se mantiene durante todo el mes de mayo, es decir, el Minsal estaba promoviendo una nueva normalidad sin siquiera contar con una estrategia de trazabilidad contundente, en circunstancias que, como hasta ahora se ha expuesto, es un elemento fundamental para cortar la cadena de transmisión del virus.
- El 20 de abril, y persistiendo en instalar la idea de “nueva normalidad”, la Subsecretaria Daza invita a tomar café con amigos con distancia de 2 metros. Al ser preguntado por estas declaraciones, el ex Ministro Mañalich señala: *“Puede haber múltiples ejemplos: puede ser ir a tomar cerveza, a comerse una empanada, da lo mismo el ejemplo.”*⁶⁵
- El 21 de abril, Mañalich afirma que suspender las clases *“fue un grave error”*⁶⁶.

[cuarentenas-tenemos-que-lograr-que-las-personas-se-vayan-enfermando-progresivamente/](#) (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁶⁴ Presidente Piñera y ministro Mañalich aseguran que el coronavirus “es un tema que va ser muy largo” y que “tenemos que acostumbrarnos a una nueva normalidad”, La Tercera, 17 de abril de 2020, disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/presidente-pinera-y-ministro-manalich-aseguran-que-el-coronavirus-es-un-tema-que-va-ser-muy-largo-y-que-tenemos-que-acostumbrarnos-a-una-nueva-normalidad/6CSYDUEM2VFS3NPBKKWTUUA64/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁶⁵ Mañalich amplía ejemplos de 'nueva normalidad': "Puede ser ir a tomar una cerveza, comer una empanada", Meganoticias, 21 de abril de 2020, disponible en: <https://www.meganoticias.cl/nacional/299323-nueva-normalidad-cerveza-empanada-manalich-daza-cafe-coronavirus.html> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁶⁶ Mañalich asegura que “fue un grave error” cerrar escuelas por el coronavirus, La Tercera, 21 de abril de 2020, disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/manalich-asegura-que-fue-un-grave-error-cerrar-escuelas-por-el-coronavirus/EDIK3X5HUVH7VFNPEHY7MEQXHI/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

- El 23 de abril, con 520 casos nuevos reportados, el ex Ministro insiste en señalar que el retorno a clases “*requiere hacerse lo más luego que se pueda*”⁶⁷.
- El 29 de abril, día en que se reportan 770 casos nuevos, Mañalich respaldaba las afirmaciones de la subsecretaria Daza en relación a que “*estamos en una meseta de casos nuevos*”⁶⁸.
- El 30 de abril, el ex Ministro insistía con la estrategia de mitigación al señalar: “*Antes de que haya una vacuna la inmensa mayoría de la población se va a enfermar con síntomas y sin síntomas, va a quedar inmune a esta enfermedad al menos por un tiempo que no es precisado...En la medida que más personas que desarrollan inmunidad, el R, la tasa reproductiva del virus cae violentamente, porque el virus se encuentra con personas que son capaces de defenderse y por lo tanto nosotros hablamos de que hay una Inmunidad de Rebaño, cuando al menos el 60% de una población determinada alcanza esta inmunidad por vacunas en el futuro o por tener contacto con el virus y desarrollar anticuerpos con o sin síntomas.*”⁶⁹
- El 1 de mayo, con 985 casos nuevos, Mañalich señalaba: “Toda esta pandemia podría durar mucho menos de lo que se había pensado”⁷⁰.
- El 2 de mayo, con 1.427 casos nuevos reportados, el ex Ministro afirmaba: “*estamos ante “la gran batalla de Chile” del último siglo*”⁷¹.
- El 10 de mayo, con 1.647 casos nuevos reportados a las 21 horas del día anterior, Mañalich pospuso la entrega del previamente anunciado carnet Covid y señaló: “*cuidemos a nuestras madres*”⁷².
- El 24 de mayo, Mañalich apunta a iniciar “nueva normalidad” en zonas sin brotes de Covid-19. En esta fecha, el ex Ministro asumió su responsabilidad en el relajo de las medidas por parte de la población, al mismo tiempo que insistía en que es el momento de iniciar una “nueva normalidad” en zonas del país donde no se han registrado mayores brotes de Covid-19.” En una entrevista realizada por Icare, la autoridad recalcó que

⁶⁷ “La nueva normalidad escolar del Gobierno: Mañalich insiste en pronto retorno a clases y Figueroa asegura que los niños “no corren mayor riesgo en términos vitales””, El Mostrador, 23 de abril de 2020, disponible en: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/04/23/la-nueva-normalidad-escolar-del-gobierno-manalich-insiste-en-pronto-retorno-a-clases-y-figueroa-asegura-que-los-ninos-no-corren-mayor-riesgo-en-terminos-vitales/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁶⁸ “Salud explica concepto de “meseta” y por qué Chile habría llegado a ella ante la pandemia del covid-19”, Emol, 29 de abril de 2020, disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/04/29/984585/Salud-explica-concepto-meseta.html> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁶⁹ Padilla, Fabián, “Inmunidad de rebaño: ¿estrategia o consecuencia?”, Fastcheck.cl, disponible en: <https://www.fastcheck.cl/2020/04/30/inmunidad-de-rebano-estrategia-o-consecuencia/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁷⁰ “Ministro Mañalich por COVID-19: “Toda esta pandemia podría durar mucho menos de lo que se había pensado””, 24 horas, 1 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.24horas.cl/coronavirus/ministro-manalich-por-covid-19-toda-esta-pandemia-podria-durar-mucho-menos-de-lo-que-se-habia-pensado-4141929> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁷¹ Carvajal, Claudia, “Ministro Mañalich: “El enemigo es uno solo y se llama coronavirus””, Diario UChile, 2 de mayo de 2020, disponible en: <https://radio.uchile.cl/2020/05/02/ministro-manalich-el-enemigo-es-uno-solo-y-se-llama-coronavirus/> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

⁷² Cabrera, Manuel, “Mañalich se emociona recordando a su madre: “sean responsables y cuídenlas quienes las tienen vivas””, Biobio Chile, 10 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/05/10/manalich-se-emociona-recordando-a-su-madre-sean-responsables-y-cuidenlas-quienes-las-tienen-vivas.shtml> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

"Tiene que haber mucha gente infectada al lado mío, esa es la única manera (de contagiarse), o tengo que andar en Metro, qué sé yo...En Santiago yo diría que porque abril fue tranquilo, tuvimos pocos nuevos casos, porque no supimos explicar bien, no llegamos, tuvimos una falta de cuidado colectivo respecto del peligro que este virus significaba", planteó. "Yo asumo responsabilidad en ello, tal vez nos calmamos un poco, fuimos menos obsesivos, dejamos de asustar a la gente, le dijimos 'no se preocupe, la primavera ya llegó", planteó. Para Mañalich, "la expresión del Presidente de la República, en el sentido de nos estamos preparando para una nueva normalidad, fue una expresión adecuada para el momento en que vivíamos. Los hechos después lo contradijeron".⁷³

De los dichos reproducidos se evidencia una deficiente comunicación del riesgo por parte del ex Ministro Mañalich, sus mensajes fueron erráticos y confusos lo cual generó aumento en la movilidad de las personas, así lo indica Mónica Gerber, investigadora del equipo Covid-19 y académica de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales: *"los mensajes que las autoridades comunican a la ciudadanía son claves para entender las decisiones que ellas toman con respecto a, por ejemplo, salir de sus hogares. Analizamos las salidas a recrearse de las personas durante las últimas doce semanas y encontramos un aumento de ella durante el llamado a la nueva normalidad y fue particularmente complejo por la exposición innecesaria que tuvo la ciudadanía".* En ese sentido, el informe contextualiza que entre el 9 y el 23 de abril pasado, fechas en que se se introdujeron los mensajes sobre la "nueva normalidad", "retorno Seguro", la idea de que se podía tomar un café o una cerveza con amigos manteniendo el distanciamiento social y el anuncio de la reapertura de centros comerciales, las salidas recreativas aumentaron considerablemente. La cifra aumentó en un 44,3% entre personas con síntomas compatibles con el covid-19, y en 75,8%, entre quienes no tenían sospechas.” Sin lugar a dudas se cometió un grave error al haber intentado instaurar comunicacionalmente una nueva normalidad, la cual por lo demás nunca llegó, esto demuestra una falta de coherencia por parte de Jaime Mañalich, afectando la confianza política necesaria para el manejo de la pandemia.

d) Gestión del Ministro de Salud en relación con las personas que viven con VIH.

En tanto, el día domingo 31 de mayo de 2020, en conferencia de prensa ofrecida en el Palacio de La Moneda, el Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, Arturo Zúñiga, aseguró que *"sí, estamos entregando el tratamiento para todas las personas que tienen VIH, eso obviamente se realiza y se debe seguir realizando. Hace una semana tomamos la decisión de entregar el medicamento con mayor plazo, con el objetivo de reducir la visita a un establecimiento de salud, y eso se está realizando el día de hoy".* En la misma línea, el lunes 1 de junio, el ministro de Salud, Jaime Mañalich, aseguró a la prensa que *"los consultorios están*

⁷³ “Mañalich apunta a iniciar "nueva normalidad" en zonas sin brotes de Covid-19”, Cooperativa, 24 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/manalich-apunta-a-iniciar-nueva-normalidad-en-zonas-sin-brotes-de/2020-05-24/220315.html> (consulta: 12 de septiembre de 2020).

entregando medicamentos, e incluso yendo a dejarlos a domicilio por periodos prolongados de tres meses".

Esta misma información fue publicada a través de la cuenta de twitter oficial e institucional del Ministerio de Salud, donde se lee textual: *“Existe stock de medicamentos para pacientes con VIH y su entrega es la adecuada, pero hemos debido adoptar medidas especiales dada la situación de COVID19 por todos conocida”*⁷⁴:



Pese a que actualmente no hay pruebas sólidas que evidencien que las personas que viven con VIH tengan mayor riesgo de enfermarse por COVID-19 o si lo contraen, experimenten un peor resultado, sí podríamos presumir un mayor riesgo en pacientes severamente inmunosuprimidos o con mal control virológico, por lo cual este sector de la población debe considerarse clave. Indicaciones de ONUSIDA, organismo especial de Naciones Unidas para el VIH/SIDA, relativas a la entrega y dispensación de terapias para el VIH multi-mes, señalando la urgencia e importancia de entregar fármacos anticipadamente, dispensando por más de un mes, sea por dos, tres y hasta seis meses, dice ONUSIDA.

En este sentido, la jefa del departamento de Género del Colegio Médico, Francisca Crispi, ha enfatizado que *"es de suma urgencia que las personas viviendo con VIH accedan a sus medicamentos para que en el caso que sean contagiados con COVID-19 su sistema inmunológico esté lo más fuerte posible"*. Sin embargo, durante toda esta emergencia sanitaria, hemos logrado constatar la grave crisis y colapso que ha afectado a los centros de atención médica a lo largo del país; lo cual ha repercutido consecuentemente en la atención de personas con VIH y el retiro de sus respectivos tratamientos antirretrovirales, los que dicho sea de paso se encuentran garantizados por ley, y según se desprende de las autoridades, cuyos stocks estaban asegurados en cantidades suficientes para estos pacientes durante la presente emergencia sanitaria.

⁷⁴ Disponible en: <https://twitter.com/ministeriosalud/status/1266792443745353729>

Es en medio de este contexto en que ha sido pública y notoria la pésima gestión de la crisis y falta de preparación al respecto, toda vez que se ha observado centros de salud en que dichos medicamentos no se han entregado a los pacientes, o bien, solo le fue entregado TAR para un sólo mes; amenazando de esta forma la vida e integridad física de miles de habitantes de la República que viven con VIH⁷⁵.

Tal es así, que una decena de Recursos de protección se han ingresado a las respectivas Corte de Apelaciones, por parte de personas que viviendo con VIH, no han logrado acceder a su tratamiento, exponiendo de este modo su vida e integridad física, y la de su entorno más cercano.

Una de las primeras acciones interpuestas por estas vulneraciones, fue la del activista Victor Hugo Robles⁷⁶, quien señaló que "*Lo que busca esta acción es que la Corte de Apelaciones de Santiago ordene al Minsal cumplir su palabra, las indicaciones de la ONU, proteger la salud y la vida de las personas que estamos viviendo con VIH, y que nos entreguen terapias multi-mes, a lo menos por tres meses, evitando así ir a los hospitales y el contagio por COVID-19*" como alternativa para enfrentar la crisis sanitaria.

B. Las normas constitucionales y legales infringidas y dejadas sin ejecución por el Ex Ministro Mañalich durante el ejercicio de su cargo.

La Constitución Política de la República asegura a todas las personas en su artículo 19 numerales 1 y 9, los derechos a la vida y la integridad física y psíquica y el derecho a la protección de la salud, en los siguientes términos:

Artículo 19.- La Constitución asegura a todas las personas:

1°.- El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.

La ley protege la vida del que está por nacer.

La pena de muerte sólo podrá establecerse por delito contemplado en ley aprobada con quórum calificado.

9°.- El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado

⁷⁵ <https://www.t13.cl/noticia/nacional/coronavirus-vih-medicamentos-hospital-relatos-01-06-20>

⁷⁶ <https://www.diarioconstitucional.cl/noticias/asuntos-de-interes-publico/2020/06/11/corte-de-santiago-declaro-admisible-proteccion-deducida-por-particular-contraminisal-por-la-no-entrega-de-terapia-antirretroviral-por-mas-de-1-mes-a-pacientes-con-vih-sida-en-medio-de-pandemia-por-covid19/>

Estas garantías constitucionales tienen estrecha relación con la labor encomendada por el régimen jurídico al Ministerio de Salud, que fue encabezado por el ex Ministro Mañalich, en la medida en que dicho ministerio y los organismos establecidos en su ley orgánica, como se expondrá a continuación, son los encargados de realizar las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, que fueron omitidas por el ex Ministro, y que la omisión y negligencia en la realización de estas funciones se convierten en una amenaza y vulneración directa al derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de los habitantes en el país, como lo ha demostrado la lamentable experiencia de la pandemia de Covid.

El D.F.L. Núm. 1 del 23 de septiembre de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley n° 2.763, de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469, establece las funciones del Ministerio de Salud y otras entidades relacionadas con el sector del ramo. En la sección siguiente se citan algunos extractos de dicho texto, junto a argumentos por los cuales el otrora Ministro Mañalich habría incumplido.

- *Artículo 1°.- Al Ministerio de Salud y a los demás organismos que contempla el presente Libro, compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.*

De esta forma, de acuerdo con Nancuante, Romero y Sotomayor, al Ministerio de Salud le corresponden funciones que se agrupan en las materias de i) Rectoría del Sector Salud; ii) Normativa; iii) Fiscalización y control; iv) Inteligencia sanitaria; v) Salud Pública; vi) Función de Recursos humanos, físicos y Presupuesto; y vii) Función en materia de solución de controversias⁷⁷.

En relación con lo tratado en esta acusación, se tornan relevantes las funciones normativas, de fiscalización y control y la función de rectoría del sector salud. En relación a la primera función, el Ministerio *“deberá preparar, directamente o en su calidad de colaborador del Presidente de la República, las normas jurídicas de carácter legal, aquellas que sean necesarias para el cumplimiento de las leyes de salud y las resoluciones e instrucciones que se requieran para el buen desenvolvimiento del sector, pudiendo dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud”*⁷⁸. En relación con la segunda función, al Ministerio le corresponde *“velar por el debido cumplimiento de las normas contenidas en el Código Sanitario y demás leyes y reglamentos que se refieran a la salud pública. Asimismo, deberá evaluar el funcionamiento y efectividad de los planes y programas y controlar su cumplimiento por las entidades responsables de ello”*⁷⁹. En tercer

⁷⁷ Nancuante, Ulises, Romero, Andres y Sotomayor, Roberto, Régimen Jurídico de La Salud, Editorial Thomson Reuters, páginas 35-45, 2012.

⁷⁸ Nancuante, Ulises, Romero, Andres y Sotomayor, Roberto, ob.cit. página 37.

⁷⁹ Nancuante, Ulises, Romero, Andres y Sotomayor, Roberto, ob.cit. página 39.

lugar, en relación con la rectoría del sector salud, al Ministerio le corresponde la “*dirección de las actividades que el sector debe desarrollar y la definición de las líneas de acción y parámetros que los organismos que lo componen deben seguir en el cumplimiento de sus actividades*”⁸⁰.

De esta forma, las labores que ejerce el Ministerio de Salud son bastante amplias, específicas y con exclusividad en las materias que le son entregadas en el ámbito de la salud. En particular, estas funciones y competencias entregadas por ley vinculan al Ministerio de Salud como el principal organismo, a través de su representante, responsable de las acciones de salud y más aún en el contexto de una pandemia.

Dado el carácter desigual de la mortalidad entre los distintos centros de salud con un marcado aumento en aquellos situados en comunas de menores recursos socioeconómicos, así como también la tardanza desigual en el tiempo promedio en que se informaba a pacientes del resultado de su PCR dependiendo del tipo de previsión (FONASA o ISAPRE), así como también eventuales desigualdades en el acceso al test - que pese al compromiso declarado del Gobierno de hacerlo gratuito, esto nunca se efectuó -, no se ejerció la función de garantizar en forma igualitaria dicho acceso a las acciones mencionadas. Esto se vuelve particularmente evidente en cuanto a las insuficiencias en la respuesta sanitaria en muchas regiones del país, que comenzaron en forma muy tardía a realizar una cantidad mayor de tests, tal como lo señala el Colegio Médico en el documento entregado a la Comisión Investigadora sobre esta materia.

- *Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:*
 - 2.- *Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.*
 - 10.- *Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.*

Estas funciones se incumplen por la falta de incorporación de la atención primaria de salud a las funciones de testeo, trazabilidad y aislamiento durante la pandemia, promover su colaboración en la entrega de licencias para casos y contactos, el correcto funcionamiento de las mutualidades, el no haber desarrollado un plan de RR.HH. tal como los actores relevantes le solicitaron sin respuesta suficiente durante meses.

- *Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:*
 - 14.- *Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán*

⁸⁰ Nancuante, Ulises, Romero, Andres y Sotomayor, Roberto, ob.cit. página 36.

obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

Esto muestra que era deber explícito que el protocolo de manejo de casos y contactos, con su respectivo abordaje en términos de licencias y disposición en residencias sanitarias estuviera adecuadamente reflejado en una resolución formal del Ministerio que orientara el actuar del Sistema de Salud, lo cual tampoco acaeció oportunamente.

➤ *Artículo 7º.- Al Ministro corresponderá la dirección superior del Ministerio. Deberá, igualmente, fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones que deben ejecutar dichos organismos y demás integrantes del Sistema.*

De esta forma, al Ministro de Salud le “*corresponde en su calidad de colaborador directo e inmediato del Presidente de la República, la responsabilidad del Ministerio, en conformidad con las políticas e instrucciones que aquél imparta*”⁸¹. En particular, tiene como atribuciones las siguientes⁸²:

1. La coordinación entre las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales
2. La supervigilancia de los organismos que se relacionan con el Presidente de la República por su intermedio.
3. La coordinación del Ministerio con las instituciones que no pertenezcan al Sistema y con los organismos extrasectoriales o internacionales, cuando ella proceda.
4. La formulación y colaboración en la fijación de políticas de salud.
5. La dictación de normas en materias de su competencia, esto es, los decretos supremos “por orden del Presidente de la República” y a las resoluciones que pueda dictar por especial disposición de la ley.
6. La dictación de normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema en la ejecución las acciones de salud pública pertinente.
7. La aprobación de los planes y programas generales de salud, obligatorios exclusivamente para el Sistema.
8. La evaluación de las acciones que ejecuten los organismos integrantes del Sistema.
9. Aprobar la propuesta de organización interna de cada una de las Subsecretarías del Ministerio.

En conformidad con estas competencias, era deber del ex Ministro Mañalich garantizar el actuar articulado de las distintas entidades del sistema que permitiera responder de forma adecuada a la pandemia; 1) cautelar que se estuvieran entregando en forma oportuna y suficiente las licencias para contactos, identificando a tiempo el colapso de las SEREMI en esta materia; 2) colaborar activamente para asegurar el apego a las definiciones de empresas esenciales evitando la exposición innecesaria de la población al riesgo de contagio; y 3)

⁸¹ Nancuante, Ulises, Romero, Andres y Sotomayor, Roberto, ob.cit. página 44.

⁸² Nancuante, Ulises, Romero, Andres y Sotomayor, Roberto, ob.cit. páginas 44-45.

asegurar el pleno funcionamiento de los laboratorios transparentando y actuando para resolver las deficiencias.

De igual forma, la situación que se generó a raíz de las reiteradas problemáticas que tuvieron personas que viven con VIH para el retiro de su tratamiento antirretroviral en los distintos servicios de salud en el país constituyó un riesgo para la integridad y la vida de esas personas. En particular, el Ex Ministro no elaboró las normas respectivas para garantizar el acceso a las personas con VIH a los tratamientos de salud correspondientes.

Las diversas omisiones en las que incurrió el Ministro Mañalich, existiendo un deber de actuación, derivaron en un aumento exponencial de los casos, la sobrecarga del sistema de salud y conforme a ello miles de muertes por Covid-19, afectando el derecho a la vida e integridad física y psíquica consagrado en el artículo 19 N°1 de la Constitución Política de la República, principalmente. Asimismo, infringiendo el artículo 1° del Decreto Con Fuerza de Ley Núm. 1 del 23 de septiembre de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley n° 2.763, de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469, establece las funciones del Ministerio de Salud y otras entidades relacionadas con el sector salud.

En relación con las normas infringidas a nivel internacional, resultan atinentes las siguientes de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos:

Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

2. Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.

Artículo 4. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

Respecto al artículo 1.1, este tendría una naturaleza de aplicación directa y no constituye una mera norma programática, así lo ha señalado Humberto Nogueira al señalar que las obligaciones contenidas en el Derecho Convencional Internacional, constituyen para todos los jueces “derecho directamente aplicable y con carácter preferente a las normas jurídicas legales internas, ya que el propio ordenamiento jurídico hace suyo los artículos 36 y 31.1, por una parte y el 27 de la CVDT, por otra; los primeros determinan la obligación de cumplir de buena fe las obligaciones internacionales (Pacta Sunt Servanda y Bonna Fide), el artículo 27,

a su vez, establece el deber de no generar obstáculos de derecho interno al cumplimiento de las obligaciones internacionales”⁸³.

En la Sentencia de la CIDH Velásquez Rodríguez vs. Honduras (1988) se sostuvo que el artículo 1.1 es fundamental para determinar si una violación de los derechos humanos reconocidos por la Convención puede ser atribuida a un Estado, y se especificó, la existencia de estas dos obligaciones generales en materia de derechos humanos, respetar y garantizar estos derechos⁸⁴. Esta obligación de respeto consiste en cumplir directamente con la norma establecida, ya sea absteniéndose de actuar o dando una prestación⁸⁵.

La segunda obligación que se desprende dicho artículo es la de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos sin discriminación alguna. Esta garantía se aterriza específicamente en la obligación de garantía del Estado, que en este mismo sentido, es poder ser capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Así, la doctrina ha establecido que el rol de ella "supone el deber de impedir o hacer todo lo racionalmente posible para impedir que se violen los derechos humanos de las personas sometidas a la jurisdicción del Estado por parte de cualquier persona, pública o privada, individual o colectiva, física o jurídica⁸⁶.

En particular, respecto a la garantía del derecho a la salud durante la pandemia de Covid-19, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), mediante resolución N° 1-2020 de fecha 10 de abril de 2020, emite el documento “Pandemia y Derechos humanos en las Américas”, a través del cual y en uso de las facultades que le otorga el artículo 41.b de la Convención Americana, reitera y subraya las obligaciones de los Estados parte relativo a la protección de los derechos humanos ante la emergencia sanitaria mundial de Covid-19.

Luego de elaborar un diagnóstico de la región y los graves efectos que ha tenido y probablemente dejará la pandemia, establece en su parte resolutive, dentro de las obligaciones para los Estados, en lo pertinente:

[1] Adoptar de forma inmediata, urgente y con la debida diligencia, todas las medidas que sean adecuadas para proteger los derechos a la vida, salud e integridad personal de las personas que se encuentren en sus jurisdicciones frente al riesgo que representa la presente pandemia. Tales medidas deberán de ser adoptadas atendiendo a la mejor

⁸³ Nogueira Alcalá, Humberto, Los desafíos del control de convencionalidad del corpus iuris interamericano para los tribunales nacionales, en especial, para los tribunales constitucionales, en: Ferrer Mac-Gregor, Eduardo (coord.), El control difuso de convencionalidad. Diálogo entre la Corte Interamericana de Derechos Humanos y los jueces nacionales, México, Fundap, 2012, pp. 331 a 389, en p. 332.

⁸⁴ Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Fondo. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4, párr. 164.

⁸⁵ Nash Rojas, Claudio, El Sistema Interamericano de Derechos Humanos en acción. Aciertos y desafíos, México, Porrúa, 2009, p. 30.

⁸⁶ Ferrer Mac-Gregor y Pelayo Moller, Eduardo y Carlos, La obligación de "respetar" y "garantizar" los derechos humanos a la luz de la jurisprudencia de la corte interamericana, Estudios constitucionales vol.10 no.2 Santiago 2012, en línea: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-52002012000200004&lng=es&nrm=iso.

evidencia científica, en concordancia con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), así como con las recomendaciones emitidas por la OMS y la OPS, en lo que fueran aplicables.

[3.d] Ante las circunstancias actuales de la pandemia del COVID-19, que constituyen una situación de riesgo real, los Estados deben adoptar medidas de forma inmediata y de manera diligente para prevenir la ocurrencia de afectaciones al derecho a la salud, la integridad personal y la vida. Tales medidas deben estar enfocadas de manera prioritaria a prevenir los contagios y brindar un tratamiento médico adecuado a las personas que lo requieran.

[3.f] Las medidas que los Estados adopten, en particular aquéllas que resulten en restricciones de derechos o garantías, deben ajustarse a los principios «pro persona», de proporcionalidad, temporalidad, y deben tener como finalidad legítima el estricto cumplimiento de objetivos de salud pública y protección integral, como el debido y oportuno cuidado a la población, por sobre cualquier otra consideración o interés de naturaleza pública o privada.

[4] Garantizar que las medidas adoptadas para enfrentar las pandemias y sus consecuencias incorporen de manera prioritaria el contenido del derecho humano a la salud y sus determinantes básicos y sociales, los cuales se relacionan con el contenido de otros derechos humanos, como la vida e integridad personal y de otros DESCAs, tales como acceso a agua potable, acceso a alimentación nutritiva, acceso a medios de limpieza, vivienda adecuada, cooperación comunitaria, soporte en salud mental, e integración de servicios públicos de salud; así como respuestas para la prevención y atención de las violencias, asegurando efectiva protección social, incluyendo, entre otros, el otorgamiento de subsidios, rentas básicas u otras medidas de apoyo económico.

[6] Asegurar el diseño de un plan de actuación que guíe los procedimientos a seguir para la prevención, detección, tratamiento, control y seguimiento de la pandemia con base en la mejor evidencia científica y el derecho humano a la salud. Estos procedimientos deben ser transparentes, independientes, participativos, claros e inclusivos.

[8] Velar por una distribución y acceso equitativos a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, sean públicos o privados, asegurando la atención de las personas con COVID-19 y los grupos desproporcionalmente afectados por la pandemia, así como personas con enfermedades preexistentes que las hacen especialmente vulnerables al virus. La escasez de recursos no justifica actos de discriminación directos, indirectos, múltiples o interseccionales.

[10] Asegurar la disponibilidad y provisión oportuna de cantidades suficientes de material de bioseguridad, insumos y suplementos médicos esenciales de uso del personal de salud, fortalecer su capacitación técnica y profesional para el manejo de pandemias y crisis infecciosas, garantizar la protección de sus derechos, así como la disposición de recursos específicos mínimos destinados a enfrentar este tipo de situaciones de emergencia sanitaria.

[12] Garantizar el consentimiento previo e informado de todas las personas en su tratamiento de salud en el contexto de las pandemias, así como la privacidad y protección de sus datos personales, asegurando un trato digno y humanizado a las personas portadoras o en tratamiento por COVID-19. Está prohibido someter a las personas a pruebas médicas o científicas experimentales sin su libre consentimiento.

[32] Asegurar el derecho de acceso a la información pública en el marco de la emergencia generada por el COVID-19 y no establecer limitaciones generales basadas en razones de seguridad u orden público. Los órganos que garantizan este derecho y los sujetos obligados deben otorgar prioridad a las solicitudes de acceso a la información relacionadas con la emergencia de salud pública, así como informar proactivamente, en formatos abiertos y de manera accesible a todos los grupos en situación de vulnerabilidad, de forma desagregada sobre los impactos de la pandemia y los gastos de emergencia, desagregados de acuerdo con las mejores prácticas internacionales. En los casos de postergación de los plazos de solicitudes de información en asuntos no vinculados a la pandemia, los Estados deberán fundamentar la negativa, establecer un espacio temporal para cumplir la obligación y admitir la apelación de estas resoluciones.

Asimismo, se establecen recomendaciones para grupos en especial situación de vulnerabilidad, tales como personas mayores, mujeres, personas privadas de libertad, pueblos indígenas, personas migrantes, solicitantes de asilo, refugiados, apátridas, víctimas de trata de personas y personas desplazadas internas, personas LGBTI, afrodescendientes y personas con discapacidad.

POR LO TANTO, el ex Ministro de Salud es responsable de haber infringido los derechos constitucionales a la vida e integridad física y psíquica (artículo 19 N° 1) y el derecho a la protección de la salud (artículo 19 N° 9) de miles de personas en la República, y de los artículos 1.1 y 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ello en relación al artículo 5 inciso segundo de la Constitución Política de la República.

Capítulo II. De haber infringido gravemente la Constitución y las leyes a raíz del ocultamiento de datos y las faltas de la probidad administrativa.

A. Antecedentes que dan origen a las infracciones del ex Ministro de Salud.

Una de las principales problemáticas en relación a este capítulo se refiere al ocultamiento de las cifras y el mal manejo de éstas que se habrían evidenciado principalmente a través de errores del Departamento de Estadísticas de e Información (DEIS) y el Sistema de Registro, Alerta y Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria (EPIVIGILA).

En relación al primer punto planteado, de acuerdo al reportaje publicado el 13 de junio de 2020 por Ciper⁸⁷, el Ministerio de Salud habría reportado, durante la Administración del

⁸⁷ <https://ciperchile.cl/2020/06/13/minsal-reporta-a-la-oms-una-cifra-de-fallecidos-mas-alta-que-la-informada-a-diario-en-chile/>

Ministro Jaime Mañalich, a la Organización Mundial de la Salud un número más amplio de decesos por Covid-19 que el informado en los reportes nacionales.

Este número estaría siendo elaborado por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), repartición del Ministerio encargado de elaborar las cifras oficiales respecto a causas de decesos en nuestro país. Hasta ese momento, el Ministerio venía informando diariamente el número de fallecidos por covid que presentan un examen PCR pero el registro que lleva el DEIS, que sigue las directrices de la OMS al incluir decesos sospechosos o probables, casi duplica el número que se ha difundido oficialmente. La situación anterior lleva al análisis de la responsabilidad del Ex Ministro de Salud que tendría en esta situación dado el ocultamiento de las cifras de muertes ocasionadas por Covid-19.

En particular, salta de inmediato a la luz unas declaraciones contenidas en una nota de La Tercera en la cual se detalla que el Ministro *“ya había resentido la decisión de entregar mayor información sobre el manejo de la pandemia. Ello, debido a que -según manifestó en reuniones del comité de crisis- entregaba “municiones” a la oposición”*⁸⁸. Lo anterior refleja el relato que se construye aquí respecto a la intención deliberada de haber ocultado e informado cifras erróneas.

Con respecto al segundo punto, esta situación se reveló principalmente a través de una auditoría que realizó Contraloría a raíz de inconsistencias en el conteo de casos de personas contagiadas por Covid-19 y que no habían sido incorporados al sistema EPIVIGILA. Este informe, de acuerdo a lo señalado, tenía como objetivo principal el *“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”, como sistema EPIVIGILA, sea fidedigna e íntegra, y que se hayan adoptado medidas de control para el ingreso, procesamiento y reportabilidad de los datos, de manera de determinar si los resultados comunicados oficialmente por el Ministerio de Salud, MINSAL, el 9 de junio de 2020, correspondían a Ids reportes de Ids distintos intervinientes públicos y privados para la obtención y consolidación de la información a nivel nacional”*⁸⁹.

En dicho informe se detalla que el Ministerio de Salud informó el pasado 9 de junio un total de 142.759 casos notificados por los médicos en el sistema EPIVIGILA, pero, de acuerdo al mismo documento, hubo 34.542 casos confirmados por laboratorio y que no estaban incorporados en el sistema.⁹⁰

En esta tabla contenida en el informe de Contraloría se detalla lo señalado anteriormente:

⁸⁸ <https://www.latercera.com/la-tercera-domingo/noticia/adios-de-manalich-consolida-peor-momento-de-la-crisis-sanitaria-para-pinera/HG3AM7AGSBE6BHJBIGRVYPBQCU/>

⁸⁹ <https://contraloria.cl/documents/451102/4630302/OFICIO+FINAL+283-A-2020.pdf/f74f2d78-e811-b92b-b74e-017befad30f1#page=1&zoom=auto,-136,851>

⁹⁰ <https://radio.uchile.cl/2020/07/14/contraloria-detecta-errores-en-las-cifras-de-contagiados-e-instruye-sumario-al-minsal/>

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 ¹⁰
(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	34.542¹¹

Fuente: Elaboración propia con las tablas aportadas por el MINSAL correspondientes a "20200608_consulta_laboratorio.xlsx", "20200608_EPV_9hrs.dta" y "Casos Confirmados y Acumulados 08.06.2020 09 hrs.xlsx".

De igual forma, el informe constató la existencia de 6.067 casos que, a pesar de estar confirmados en el sistema EPIVIGILA, no formaron parte del reporte efectuado el día 9 de junio de 2020.

En esta tabla, contenida en el informe de Contraloría, se detalla lo anterior:

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 correspondientes a "20200608_consulta_laboratorio.xlsx", "20200608_EPV_9hrs.dta" y "Casos Confirmados y Acumulados 08.06.2020 09 hrs.xlsx".

En tercer lugar, se detectaron diversas inconsistencias de los datos utilizados por el Ministerio de Salud, el primero de ellos, en relación con el sistema EPIVIGILA se detectaron casos duplicados, otros 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. En su caso, la segunda respecto al reporte de laboratorios se detectaron las siguientes inconsistencias que se detalla en un cuadro elaborado por la Contraloría en el informe:

Tabla N° 5: Inconsistencias en bases de datos de laboratorios

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

Fuente: Elaboración propia con las tablas aportadas por el MINSAL correspondientes a "20200608_consulta_laboratorio.xlsx", "20200608_EPV_9hrs.dta" y "Casos Confirmados y Acumulados 08.06.2020 09 hrs.xlsx".

En cuarto lugar, se detectó la falta de mecanismos de control del cumplimiento de notificación en el sistema EPIVIGILA por parte de los médicos. En la misma línea, la Secretaría Regional Ministerial 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.

Salta a la luz, en relación con el informe, lo señalado por Contraloría respecto a las inconsistencias de las cifras, al *“reiterar que dicha situación se torna relevante, toda vez que, al no ser reportados tales, casos como contagiados en el sistema de vigilancia activa, no se realizó el seguimiento de los mismos como tampoco el de sus contactos estrechos, no efectuándose así el control del cumplimiento de las medidas sanitaria, lo que podría haber contribuido a la propagación de dicha enfermedad, además de afectar la toma de decisiones para la planificación, implementación y evaluación de medidas orientadas a proteger la salud, de la población, por lo que este aspecto debe mantenerse”*.

Lo anterior, fue respectivamente expuesto por el Contralor General de la República en el marco de la Comisión Especial Investigadora de los actos del Gobierno en relación con los impactos sanitarios, económicos, sociales y laborales que la pandemia por la enfermedad COVID-19 en la cual se detallaron los aspectos del informe de auditoría⁹¹.

Con respecto a otra temática, cuya relación directa es la probidad administrativa, es la situación del contrato celebrado entre el gobierno de Chile y el Espacio Riesco en torno a las residencias sanitarias y que fue otro de los elementos principales respecto a las normas que establecen parámetros y principios generales respecto a dicho principio.

El 17 de marzo, apróximadamente, el Ministerio de Salud, a través de su ex Ministro de Salud, anunció que el gobierno se encontraba gestionando un contrato con el Espacio Riesco para ser utilizada como residencia sanitaria para todas aquellas personas con la “enfermedad de manera leve” y que no puedan estar en sus casas⁹². Lo anterior generó una serie de cuestionamientos respecto a la pertinencia y legalidad del contrato del espacio

⁹¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=204126&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

⁹² <https://www.latercera.com/nacional/noticia/coronavirus-minsal-arrienda-espacio-riesco-para-instalar-camas-y-evalua-reservar-hoteles-para-personas-que-estén-en-cuarentena/R6V6PBYMXNGV5ESPQAR5SUXFI/>

Con fecha 9 de julio, la Contraloría General de la República declaró ilegal uno de los dos contratos entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y Espacio Riesco. En el dictamen, citado en una nota de La Tercera ⁹³, se señala que *“no se advierte justificación para que se establezca el pago de determinadas prestaciones consignadas en el aludido anexo 1 del contrato en examen, pues aquellas ya se encuentran comprendidas dentro de las obligaciones que tiene el Centro de Convenciones Santiago S.A., en su calidad de parte arrendadora del inmueble respectivo, y en cuya virtud ya se ha pactado el pago de las correspondientes rentas de arrendamiento en favor de dicha sociedad”*. Además de lo anterior, se menciona que *“el SSMN no ha aportado antecedentes que sustenten los valores que se asignan a las distintas prestaciones que se contienen en el citado anexo 1 y, en particular, que den cuenta que aquellos se enmarcan dentro de los precios que regularmente se pagan en el mercado por aquellas, de modo de acreditar la observancia de los principios de eficiencia, eficacia y economicidad”*

En relación a esto, en el marco de la Comisión Especial Investigadora de los actos del Gobierno en relación con los impactos sanitarios, económicos, sociales y laborales que la pandemia por la enfermedad COVID-19 ha provocado en el país, se invitó al Contralor General de la República para exponer, en particular, respecto a los contratos de Espacio Riesco⁹⁴. En dicha presentación, el Contralor General, Jorge Bermúdez Soto, acentuó las irregularidades del segundo contrato del Servicio Metropolitano Central en relación a la prestación, los pagos y la falta de justificación de los valores de éstas. En este sentido, en razón de esos puntos se representó el segundo contrato y se argumentó la ilegalidad de este.

B. Las normas constitucionales y legales infringidas gravemente por el Ex Ministro Mañalich durante el ejercicio de su cargo.

En esta materia, las principales normas infringidas, constitucionales y legales, tienen relación con el principio de publicidad de los Órganos de la Administración del Estado y de la función pública. Desde ya, la construcción del relato y de la responsabilidad política que recaería en el Ex Ministro de Salud, Jaime Mañalich Muxi, se erige desde la inconsistencias de las cifras que se detalló en el apartado anterior y las consecuencias que habrían tenido éstas en el manejo político y sanitario. De esta forma, el manejo erróneo y el ocultamiento respectivo, que se tradujo en errores administrativos y de contabilización, contraviene diversas normas que construyen lo que en nuestro país se regula desde los principios de publicidad y probidad.

De esta forma, el profesor José Miguel Valdivia señala que *“la publicidad de las actuaciones estatales es una poderosa herramienta, que permite materializar una de las premisas en que descansa el Estado de Derecho. Los órganos del Estado cumplen funciones orientadas a la obtención del interés general, y es para alcanzarlo que reciben del derecho poderes de acción excepcionales; el poder es siempre instrumental al interés del pueblo, y no*

⁹³ <https://www.latercera.com/nacional/noticia/contraloria-declara-ilegal-segundo-contrato-de-arriendo-de-espacio-riesgo-advierde-pagos-injustificados-en-prestaciones/GRUR3ZG6RZFL7A676VXXKLDRFQ/>

⁹⁴ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=204126&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

*es un atributo personal de quién lo detenta. Dada la naturaleza vicarial del poder, las autoridades deben “rendir cuentas” a la comunidad acerca del modo en el que lo ejercen”*⁹⁵.

En el mismo sentido, Contreras y Lovera señalan que *“el principio de publicidad siempre se entendió como una exigencia implícita del régimen democrático, en la que las actuaciones de los órganos del Estado deben ser públicas y que la reserva de información sólo se justifica excepcionalmente”*⁹⁶. En complementación con lo anterior, los autores señalan, haciendo referencia a sentencias del Tribunal Constitucional, que *“el objeto de la publicidad es garantizar un régimen republicano democrático, garantizando el control del poder, obligando a las autoridades a responder a la sociedad por sus actores y a dar cuenta de ellos; promover la responsabilidad de los funcionarios sobre la gestión pública y fomentar una mayor participación de las personas en los intereses de la sociedad”*⁹⁷.

El fundamento normativo del principio de publicidad lo encontramos principalmente en el artículo 8° de la Constitución, en el artículo 15 de la ley 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado y en diversas normas de la ley 20.285, sobre acceso a la información pública.

En primer lugar, el artículo 8 de la Constitución Política de la República dispone que:

Artículo 8°.- El ejercicio de las funciones públicas obliga a sus titulares a dar estricto cumplimiento al principio de probidad en todas sus actuaciones.

Son públicos los actos y resoluciones de los órganos del Estado, así como sus fundamentos y los procedimientos que utilicen. Sin embargo, sólo una ley de quórum calificado podrá establecer la reserva o secreto de aquéllos o de éstos, cuando la publicidad afectare el debido cumplimiento de las funciones de dichos órganos, los derechos de las personas, la seguridad de la Nación o el interés nacional.

Esta norma es el fundamento normativo constitucional principal del principio de publicidad, que señala expresamente la publicidad de los actos y resoluciones de los órganos del Estado, extendiéndose a sus fundamentos y procedimientos. Dicho principio, de acuerdo con José Miguel Valdivia, se *“operativiza mediante el de transparencia que impone a los órganos públicos deberes de información que han de cumplirse de oficio (transparencia “activa”) o a petición del interesado (transparencia “pasiva”)”*⁹⁸.

De esta forma, que los actos y resoluciones sean públicos se colige además que el acceso a éstos pueda ser garantizado para la población, sin perjuicio de las causales de reserva de información que se establece taxativamente. De igual forma, al reconocer la publicidad como principio fundamental de la función pública, se establece un deber a las autoridades de ejercer

⁹⁵ Valdivia, José Miguel, Manual de Derecho Administrativo, página 270, Editorial Tirant Lo Blanch, 2018.

⁹⁶ Contreras, Pablo, y Lovera, Domingo, La Constitución de Chile, página 64, Editorial Tirant Lo Blanch, 2020.

⁹⁷ Contreras, Pablo, y Lovera, Domingo, ob.cit., página 65.

⁹⁸ Valdivia, Jose Miguel, ob.cit. página 271.

sus funciones con estricta observancia de dicho principio. Es así que el artículo 4° de la ley ley 20.285, sobre acceso a la información pública, señala lo siguiente:

Artículo 4°.- Las autoridades, cualquiera que sea la denominación con que las designen la Constitución y las leyes, y los funcionarios de la Administración del Estado, deberán dar estricto cumplimiento al principio de transparencia de la función pública.

El principio de transparencia de la función pública consiste en respetar y cautelar la publicidad de los actos, resoluciones, procedimientos y documentos de la Administración, así como la de sus fundamentos, y en facilitar el acceso de cualquier persona a esa información, a través de los medios y procedimientos que al efecto establezca la ley.

Esta norma establece el deber de todas las autoridades, independientemente de su denominación, de dar cumplimiento al principio de probidad. A continuación, en el inciso segundo, se detalla lo que se debe entender por su cumplimiento, señalando como elemento principal que las autoridades deben respetar y cautelar la publicidad de los actos y facilitar el acceso a esta información. De lo anterior se desprende directamente que el xx Ministro de Salud, Jaime Mañalich, como jefe de dicha cartera, también era encargado de cumplir con el mandato de dicho artículo, procurando de esta manera que la información entregada y comunicada a la población fuese fidedigna y correcta.

Se refuerza lo anteriormente señalado con lo prescrito en el artículo 13 de la LOCBGAE, que dispone lo siguiente:

Artículo 13.- Los funcionarios de la Administración del Estado deberán observar el principio de probidad administrativa y, en particular, las normas legales generales y especiales que lo regulan.

La función pública se ejercerá con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones que se adopten en ejercicio de ella.

Las inconsistencias del DEIS y EPIVIGILA constituyen una clara infracción al principio de publicidad y sobre todo teniendo en consideración que de dicha información, pública, se toman decisiones de política pública en el ámbito sanitario respecto a la población. En este sentido, conforme a lo señalado anteriormente, y lo establecido en el artículo 5° que se transcribe a continuación, todos aquellos elementos, fundamentos, o documentos que sirvan de sustento o complemento directo y esencial del acto y resolución, debe ser público, lo que es aplicable en el caso de las cifras, el procedimiento utilizado para su cálculo, así como las inconsistencias declaradas.

Artículo 5°.- En virtud del principio de transparencia de la función pública, los actos y resoluciones de los órganos de la Administración del Estado, sus fundamentos, los documentos que les sirvan de sustento o complemento directo y esencial, y los procedimientos que se utilicen para su dictación, son públicos, salvo las excepciones que establece esta ley y las previstas en otras leyes de quórum calificado.

Asimismo, es pública la información elaborada con presupuesto público y toda otra información que obre en poder de los órganos de la Administración, cualquiera sea su formato, soporte, fecha de creación, origen, clasificación o procesamiento, a menos que esté sujeta a las excepciones señaladas.

De lo anteriormente señalado, se evidencia las transgresiones a diversas normas constitucionales y legales que forman el sustento del principio de publicidad que se materializaba en los reportes diario y la información entregada a la población por parte del Ex Ministro de Salud.

En segundo plano, en relación con el principio de probidad, el incumplimiento de estas normas se viene dado principalmente con el contrato de espacio riesgo y las irregularidades que se dieron durante la gestión del Ex Ministro de Salud.

El fundamento normativo y constitucional del principio de probidad lo encontramos principalmente en el artículo 8° de la Constitución anteriormente citado. Este principio “*es consustancial al Estado de Derecho, en que la justificación del poder proviene del derecho y no de la personalidad de quien lo detenta*”⁹⁹, de lo cual se colige que “*el ejercicio del poder está animado por la búsqueda del interés general, en que por definición no debe interferir el interés particular del personero que sirva un cargo público*”¹⁰⁰.

La definición de dicho concepto no se encuentra en la constitución, y lo encontramos principalmente en el artículo 52, inciso segundo, de la ley 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de Administración del Estado, que señala lo siguiente: “*El principio de la probidad administrativa consiste en observar una conducta funcionaria intachable y un desempeño honesto y leal de la función o cargo, con preeminencia del interés general sobre el particular*”.

Este principio, de acuerdo con Contreras y Lovera, es aplicable a “*todos los órganos del estado y no solo respecto de los funcionarios de la Administración del Estado. En efecto, el principio de probidad obliga a “todos los órganos creados por la Constitución o la ley que ejerzan alguna función pública” (STC 1990). El TC incluso ha extendido el ámbito de aplicación del principio más allá de lo orgánico y adoptando un criterio funcional. Para el Tribunal, este principio se aplica a todas las funciones públicas, “independientemente de que las realice un funcionario público o un particular encomendado por el Estado para ese propósito” puesto que es la función la que se encuentra “vinculada a un cumplimiento estricto del principio de probidad en todas sus actuaciones” (STC 1413)*”¹⁰¹.

Los autores señalan, en relación a la interpretación que ha realizado Contraloría a dicho principio, que “*tanto el deber del Estado de ponerse al servicio de las personas y de promoción*

⁹⁹ Valdivia, Jose Miguel, ob., cit., página 130.

¹⁰⁰ Valdivia, Jose Miguel, ob., cit., página 130.

¹⁰¹ Contreras, Pablo, y Lovera, Domingo, ob.,cit., página 64.

del bien común, debe ser cumplido sobre la base del principio de probidad¹⁰²”, es decir, se transforma en un eje principal de las bases de la institucionalidad en nuestro ordenamiento jurídico. De esta forma, la Contraloría ha señalado que la probidad se erige “como un deber “de aplicación general, por cuanto afecta a todas las conductas funcionarias que puedan ocasionar perjuicio al Estado o que de una manera u otra permitan que el interés individual o particular prime por sobre el de la sociedad o comunidad” (CGR, D. 44.468/1998, 4.771/1999, 28.417/1999¹⁰³).

Lo anterior también es reforzado por el artículo 12 de la ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado que dispone lo siguiente:

Artículo 13.- Los funcionarios de la Administración del Estado deberán observar el principio de probidad administrativa y, en particular, las normas legales generales y especiales que lo regulan.

La función pública se ejercerá con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones que se adopten en ejercicio de ella.

De esta forma, el principio de probidad se erige como un principio que debe estar contenido en el ejercicio de las funciones públicas de las autoridades, y en particular, de funcionarios de la Administración del Estado. En relación a la extensión de este principio al ejercicio de la función pública de los Ministros de Estado, la Contraloría ha sido clara en su jurisprudencia. De esta forma, en el Dictamen N°16.518 de 2018, el Ente Contralor señala que *“al respecto, cabe tener presente la reiterada jurisprudencia de este Organismo Fiscalizador contenida, entre otros, en el dictamen N° 33.908, de 2014, que señala que tras su nombramiento los Ministros de Estado pasan a ejercer una ‘función pública’ en calidad de autoridades de gobierno, lo que implica que se encuentran obligados a respetar el principio de probidad administrativa y su regulación.*

Puntualizado lo anterior, resulta dable indicar que de acuerdo al artículo 52 de la ley N° 18.575, la aludida directriz consiste en observar una conducta funcionaria intachable y un desempeño honesto y leal de la función o cargo, con preeminencia del interés general sobre el particular. Así, los servidores públicos deben hacer prevalecer el interés general por sobre el particular, de modo que han de guardar la más estricta imparcialidad, no pudiendo realizar actividades de carácter político dentro de las dependencias de la Administración, en el ejercicio del cargo o función pública, durante la jornada de trabajo o utilizando recursos o bienes del organismo respectivo”.

Lo anterior implica que si bien, la responsabilidad que pudiera recaer en los Ministros de Estado por infracción al principio de probidad no se basa en el mismo estatuto aplicable que al resto de los funcionarios de la Administración del Estado, éstos son responsables por cualquier contravención a dicho principio y su responsabilidad puede hacerse efectiva mediante las acciones constitucionales que se regulan. De esta forma, las irregularidades que se dieron

¹⁰² Contreras, Pablo, y Lovera, Domingo, ob.,cit., página 64.

¹⁰³ Contreras, Pablo, y Lovera, Domingo, ob.,cit., página 64.

en los contratos con Espacio Riesco para ser utilizado como residencia sanitaria, infringen directamente el principio de probidad administrativa.

En relación con lo anterior, el hecho de haberse suscrito un contrato con irregularidades, que fueron reveladas por Contraloría, no solo constituye una infracción a los principios de eficiencia, eficacia y economicidad, sino que además de probidad directamente. Lo mismo es aplicable si consideramos la situación respecto al arrendamiento de un espacio privado, como Espacio Riesco, y la no utilización de las facultades legales entregadas al Presidente de la República, mediante el Estado de Excepción Constitucional, le permitía restringir la propiedad privada. El fundamento constitucional de esta facultad la encontramos en el artículo 43 inciso tercero de la Constitución que señala que: *“Por la declaración del estado de catástrofe, el Presidente de la República podrá restringir las libertades de locomoción y de reunión. Podrá, asimismo, disponer requisiciones de bienes, establecer limitaciones al ejercicio del derecho de propiedad y adoptar todas las medidas extraordinarias de carácter administrativo que sean necesarias para el pronto restablecimiento de la normalidad en la zona afectada”*.

Esta tesis ha sido desarrollada por los profesores de Derecho Administrativo, Flavio Quezada y Matías Guilloff en una columna publicada en Ciper¹⁰⁴. En esta columna, los autores se preguntan:

¿por qué la administración, en vez de ocupar el “Espacio Riesco” ejerciendo las atribuciones que otorga la declaración de Estado de Catástrofe, recurre a un arrendamiento, como si fuera un privado más? La pregunta es pertinente, toda vez que la declaración de aquel estado de excepción constitucional habilita al Presidente de la República para restringir, entre otros derechos, la propiedad privada, ya sea limitando su ejercicio, disponiendo requisiciones de bienes y adoptando todas las medidas extraordinarias de carácter administrativo que sean necesarias para el pronto restablecimiento de la normalidad. Por cierto, estas limitaciones y medidas deberán ser posteriormente compensadas de conformidad al régimen constitucional que corresponda, en este caso, el propio de los estados de excepción constitucional, según el cual, la indemnización es posterior a la ocupación del bien inmueble y, salvo que exista un acuerdo entre las partes, procede solo previa declaración judicial, es decir, después de un juicio.

De esta forma, el uso del Espacio Riesco también tiene relación con esta tesis, sobre todo bajo la consideración que al ex Ministro de Salud le correspondía la gestión respecto a la situación del COVID-19 y el plan que se llevaría a cabo al tener la calidad de autoridad de la cartera especializada. Es efecto, en relación con las normas anteriormente citadas, y los argumentos citados anteriormente, el ejercicio de la función pública que le correspondía como Ministro de Salud no fue ejecutada conforme a los principios de publicidad y probidad que se le exige.

¹⁰⁴<https://www.ciperchile.cl/2020/03/26/cuando-el-estado-opta-por-no-actuar-como-tal-el-arriendo-del-espacio-riesco/>

POR TANTO, el ex Ministro de Salud es responsable de haber infringido los derechos constitucionales derecho constitucional a la publicidad y la probidad (Art. 8) , los artículos 4 y 5 de la ley 20.285, sobre acceso a la información pública y los artículos 13 y 52 de la ley 18.575, Orgánica Constitucional Sobre Bases Generales de la Administración del Estado.

POR TANTO, en virtud de los antecedentes de hecho y de derecho invocados, y a lo dispuesto en el artículo 52 N° 2 letra b) de la Constitución Política de la República, a la Honorable Cámara de Diputados solicitamos, que declare ha lugar la presente acusación constitucional para que luego el Senado la acoja y, habiendo declarado la culpabilidad del señor Jaime Mañalich, ex Ministro de Salud, privandole de desempeñar cargos públicos, sean estos de elección popular o no, por el plazo de 5 años, en conformidad al artículo 53 N°1 de la Carta Fundamental, por haber infringido la Constitución y las leyes indicadas, y por haberlas dejado sin ejecución.

PRIMER OTROSÍ: Solicitamos a la Honorable Cámara tener por acompañados los siguientes documentos que acreditan los fundamentos reseñados en los capítulos acusatorios, a saber:

SEGUNDO OTROSÍ: Sírvase tener presente que designamos como diputado coordinador al Honorable Diputadx

TERCER OTROSÍ: Se sirva tener presente que los diputados y diputadas que suscriben la presente acusación se valdrán de todos los medios de prueba establecidos en la Constitución y las leyes.



Diputada Claudia Mix Jiménez



Diputado Tomás Hirsch Goldschmidt



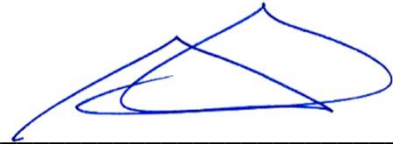
Diputada Marisela Santibáñez Novoa



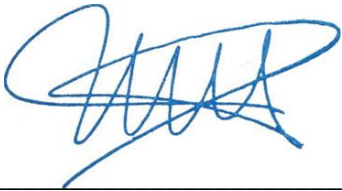
Diputada Karol Cariola Oliva



Diputado Patricio Rosas Barrientos



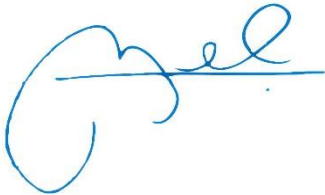
Diputado Esteban Velásquez Núñez



Diputada Marcela Hernando Pérez



Diputado Ricardo Celis Araya



Diputado Miguel Crispi Serrano



Diputado Diego Ibáñez Cotroneo