



La Gestión del Riesgo en la Salud Pública Chilena: ante una amenaza inminente¹

Pamela Lainez Fuentes¹
Daniela Fava Callejas²

Antecedentes

Chile es uno de los países con mayor riesgo de desastre y la última década ha dejado en evidencia esta exposición a múltiples amenazas que han tenido como desenlace desastres en diversos territorios. Al respecto, las instituciones chilenas se han destacado a nivel internacional por la rápida respuesta, trabajo preventivo y por la resistencia estructural de sus edificios. Llama la atención cuando ante un sismo de grado 7 en la escala de Richter, por ejemplo, no se presente derrumbes de edificios o algún daño significativo. En el 2016, la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad pública, organismo técnico encargado de coordinar el sistema de protección civil, fue premiado por el gobierno de Japón por su trabajo preventivo, mejoramiento de protocolos ante tsunamis y educación a comunidades costeras. En el ámbito de la respuesta, el sector de salud pública se ha destacado por prestar atenciones rápidamente ante los desastres y tener bajo control el saneamiento básico del ambiente.

No obstante, esta no es la realidad que Chile vive ante los desastres siconaturales, si lo pensamos desde la visión de la gestión del riesgo. Por el contrario, la población chilena está expuesta a un alto riesgo, en la mayoría de los casos, la falta de preparación que tienen frente a las amenazas aun cuando muchas veces éstas se encuentran identificadas y presentes en sus territorios. Estos escenarios nos llevan a pensar si el problema del riesgo es una cuestión respecto de la expresión de la intensidad de las amenazas, o, más bien de la vulnerabilidad que caracteriza a cada una de estas comunidades; o, si es una sumatoria de ambas. Si nos guiamos por la última opción, una adecuada gestión del riesgo podría solucionar gran parte del problema. Ahora bien, para poder gestionar el riesgo, se requiere revisar cuál es el estado de las diversas instituciones que participan en este. En el presente escrito ahondaremos en la situación del sector salud chileno, particularmente el sector de salud pública, tras la realización de un estudio que permitió aproximarnos al estado actual de las instituciones de salud que afrontan los desastres o eventos críticos.

Fortalezas y debilidades de la salud pública para la gestión del riesgo en salud

A modo de contexto, el sistema de salud chileno da cuenta de una salud pública sólida en el ámbito sanitario, presenta los índices más bajos nivel latinoamericano en mortalidad infantil y materna, junto con poseer una elevada expectativa de vida, alta cobertura de inmunizaciones, agua potable y alcantarillado. Sumado a esta situación sanitaria, las atenciones ambulatorias y egresos hospitalarios poseen una positiva evaluación. Ambas fortalezas de la salud pública son resultado -según Goic

¹ Antropóloga, Universidad de Austral de Chile. Contacto: lapaipinepez7@gmail.com

² Psicóloga, Universidad de Buenos Aires. Contacto: dfavac@gmail.com

(2015)- de la organización interna, diferenciados niveles de atención del sistema y por los diversos programas preventivos y de promoción de la red de salud asistencial. No obstante, este positivo panorama igualmente presenta deficiencias significativas si lo comparamos con los países miembros de la OCDE. Al respecto Goic (2015) describe que Chile tiene un gasto total público en salud que alcanza el 49,2%, muy por debajo del promedio de los miembros de la OCDE que alcanzan el 72,3%. Asimismo, tiene indicadores por debajo en disponibilidad de médicos, enfermeras, camas hospitalarias y medicamentos (Goic 2015; Maceira 2014, Becerril-Montekio 2011). Falencias significativas, aún sin considerar que en el sistema de salud chileno son mínimas las prestaciones de salud que están inscritas como un derecho constitucional y en el cual gran parte de estas atenciones en salud el usuario debe cancelar[1].

¿Cómo responde Chile ante los desastres?

Desde la lógica de la gestión de riesgos, la salud pública chilena responde eficiente y rápidamente a la etapa de respuesta/emergencia, a atender el cuerpo biofísico del afectado. Así lo demuestran las gestiones realizadas por el equipo local (atención primaria, laboratorio, epidemiología, sanidad ambiental, participación ciudadana, entre otros.) para enfrentar el fenómeno de la Marea Roja[2] acontecida en el 2016 en la región de Los Lagos. Evento que obligó a declarar alerta sanitaria y catástrofe en el borde costero. Por su extensión territorial ha sido el brote de mayor envergadura, siendo exitoso en términos sanitarios pues no hubo ninguna persona fallecida ni población intoxicada. Asimismo, ante la erupción del volcán Calbuco en el 2015 (región de Los Lagos), se despliegan rápidamente los servicios de atención de primera urgencia y se disponen de albergues para la población que debió evacuar como medida de seguridad.

Este rápido y exitoso actuar en la etapa de emergencia está respaldada por las fortalezas anteriormente mencionadas que han posibilitado una rápida atención de los afectados en el ámbito de saneamiento básico. Sin embargo, para hacer frente a eventos críticos en el territorio^[3], las fortalezas de la salud pública chilena no resultan suficientes y entregan una visión errada del sistema de salud y particularmente, del sector de la salud pública chilena en el ámbito de la gestión del riesgo. Considerando las condiciones de la salud pública en relación con la visión de gestión del riesgo y la experiencia obtenida en el estudio, se evidencia un abordaje individual, reactivo, improvisado, cortoplacista, carentes de programas y políticas que aborden el ciclo del riesgo para gestionar efectivamente los desastres.

Cabe mencionar que los desastres no son solo una amenaza que se expresa repentinamente. Diversos investigadores consideran que los desastres son socionaturales, es decir, más que una condición física del territorio responde a las condiciones de vulnerabilidad y conjunto de variables económicas, sociales y políticas (La RED, 1993). Para comprender los riesgos y enfrentar los desastres, es necesario contar con una visión de proceso, donde hay un ante, durante y después de los desastres que pueden ser gestionados.

Consecuencias en los afectados

La visión emergencista, reactiva y la falta de comprensión de los desastres como proceso social, más bien, socionatural ha impedido generar líneas de acción que aborden al sujeto sociocultural, reduciendo al afectado a una entidad biofísica receptora: el damnificado. Esta reducción en algunos casos agudiza y/o provoca mayor daño que el acontecido por un desastre. La falta de visión ha impedido abordar el proceso de recuperación. Al respecto Ansaloni (2016) manifiesta que al intervenir desde una “perspectiva individual, anclada en lo traumático que, al patologizar, ya sea medicalizando o psicologizando, obvia las fortalezas y capacidades de resistencia de las personas y comunidades, terminan por reproducir las relaciones de dependencia entre ellas y los interventores psicosociales” (p. 3), minimizando la subjetividad que los atraviesa.

Sin duda es de suma importancia atender al sujeto afectado rápidamente pues posibilita calmar los síntomas emergentes, aplacar el estrés, atender las posibles crisis de ansiedad, tener bajo control el ambiente a nivel sanitario y por supuesto, salvar vidas, pero este actuar debe ir más allá, las acciones deben abarcar las dimensiones subjetivas, sociales y culturales de la población y territorio afectado. Acciones que posibiliten “transformar el sufrimiento en estrategias que operen sobre la realidad” (Ansaloni, 2016, p. 4), sobre la nueva realidad, transformada, desconocida y llena de incertidumbres.

Brechas de la Salud Pública para la GDR

Desde la visión de la gestión del riesgo, estos antecedentes dan cuenta que el sector de salud pública carece de una visión de los desastres como proceso social^[4], lo que tiene como consecuencia acciones centradas en la etapa de emergencia con escasas^[5] acciones que aborden la preparación y rehabilitación/reconstrucción. Se reduce la responsabilidad del bienestar del afectado a un ámbito material (vivienda, servicios básicos restablecidos, habilitación de conectividad, comunicación y entrega de bonos) cuya competencia es del intersector. Es decir, la entidad biológica que fue impactada es objeto de intervención en tanto manifiesta daños en su cuerpo tangible, puesto que las afecciones secundarias (impactos emocionales, afecciones que se manifiesta en un mediano y largo plazo) son mínimamente consideradas como parte de la respuesta de la institucionalidad de salud pública.

Comprender el grado de afectación en el sujeto por un desastre implica comprender la dimensión sociocultural ¿No es el desastre situado temporal y espacialmente? Sin embargo, la visión del estado impele que el acto médico se centre en el diagnóstico para así contar prontamente con el número de personas afectadas. El problema no es ese, esencialmente, sino que el acto médico se queda ahí “una respuesta para todos igual: todos organismos sin biografía ni circunstancias” (Miranda, 2014, p.220). En los casos de desastres, resultan significativas las circunstancias pues no sólo es la población impactada, sino también un territorio y su tejido social específico. En el mejor de los casos, se destinan duplas psicosociales para continuar con la atención de los afectados, pero como un acto post médico, es decir, fuera de la responsabilidad médica. Dicha lógica entra a cuestionar si el abordaje institucional está reducido a una visión positivista del fenómeno o más bien este enfoque posibilita deslindarse de responsabilidades respecto de las acciones del sector (Hernández y Marchenzini, 2017).

El problema de estas discontinuidades en cuanto a la visión del ciclo del desastres, es que las poblaciones afectadas por desastres no suelen acercarse a los centros de salud manifestando su malestar hasta que no se expresa en el cuerpo físico, afectaciones que pueden desencadenarse en un mediano y largo plazo en dolencias no transmisibles, conductuales, alteraciones de la salud mental, enfermedades cardiovasculares e intensificación de enfermedades crónicas (Freitas et al, 2014; Resende et al, 2015). Es un abordaje que cierra el paso a “la posibilidad de una verdadera aproximación psicosomática hacia el dolor, el malestar y la enfermedad” (Miranda, 2014:220). Esto se evidenció en la posta rural de la localidad de Ensenada (comuna de Puerto Varas, región de Los Lagos), afectada por la erupción del volcán Calbuco en el 2015, donde no se registró un aumento de consultas que se pudieran atribuir al desastre. Sin embargo, una investigación etnográfica^[6] reveló que los afectados tenían profundos cambios en sus rutinas, estrés e inusual aumento de muertes. Los entrevistados mencionaron que, en una localidad pequeña como Ensenada el número de muertes es de unas 3 personas al año, pero el año posterior a la erupción aumentaron a 10 o 13 personas, manifestando explícitamente que los decesos no fueron directamente por la erupción del volcán sino por todo lo que desencadenó el desastre (evacuar, albergues, entrega de ayuda, militares en la zona, restricción de volver a sus hogares y burocracia para la entrega de subsidios).

Cabe preguntarse si ¿la vulnerabilidad está sujeta a la manifestación de la amenaza y limitada al territorio afectado?

Chile territorio vulnerable y el rol de la Salud Pública

Los casos mencionados al igual que otros casos en el territorio chileno (véase Chaitén en Arteaga et al 2015) han demostrado que la vulnerabilidad en la que se encuentran los grupos frente a la amenaza no es estática, sino que esta va mutando a medida que pasa el tiempo, y con esto, surgen también nuevas vulnerabilidades. Las condiciones de vulnerabilidad son ámbitos centrales en este proceso (del desastre) y no han sido abordados desde la perspectiva de lo social, esto es del afectado, de los funcionarios y de los diferentes actores. Entendiendo a estos como sujeto activo que tienen la capacidad de elegir dónde y cómo vivir, actores relevantes para la organización del territorio en tanto habitantes que poseen conocimiento, y no son un mero receptor o damnificado ¿el sector de salud pública trabaja desde las condiciones de vulnerabilidad existente y/o potenciales de los afectados?

Todas las acciones tienden a retomar la normalidad, las cuales están supeditada a las condiciones de resiliencia del territorio, la persona, la familia, el grupo o la institución, y en una macroescala, lo que cuente el sistema para restablecer ese estado- considerando que no se puede volver del todo al estado inicial-. Estas condiciones pueden formar parte de una adecuada gestión del riesgo, aun cuando previo a ello es transformar las condiciones de vulnerabilidad y de exposición que tienen frente a las amenazas. Esta transformación no sólo son acciones en el corto plazo sino más bien tiene que ver con transformar la realidad (Hernández y Marchenzini, 2018), - la condición de vulnerabilidad- en la que se encuentran las comunidades, y en ese ámbito el sector de salud pública debe y puede hacer una gran labor comunitaria. Gestionar el riesgo es una manera de abordar este problema, ahondar y transformar la realidad social es otra manera complementaria de abordarlo.

Los desafíos de la salud pública chilena para la integración de la gestión de riesgo

Gestionar el riesgo en salud implica contar con una comprensión de estos y una visión de proceso, para luego alcanzar una atención oportuna, pertinente y rápida a la población afectada o expuesta al riesgo. Para ello es necesario elaborar políticas públicas que instalen programas de salud pública ante desastres siconaturales. Los indicadores de salud pública que dejan a Chile por sobre la media latinoamericana son producto de programas preventivos y de promociones como el control del niño, embarazada, desnutrición infantil, distribución de leche, vacunación infantil, rehabilitación y saneamiento ambiental (Goic, 2015). En esa misma lógica se debe desarrollar programas para la gestión del riesgo en salud en todas las etapas del ciclo del desastre, y en ámbitos cruciales como salud mental, grupos vulnerables (mujeres, niños y niñas, adultos mayores y discapacitados), grupos indígenas, funcionarios, equipos locales, comunidades, identificación de vulnerabilidades/amenazas y comunicación del riesgo.

En los casos estudiados, un elemento fundamental para la planificación y ejecución es el trabajo a nivel local. Se reconoce el municipio como agente local, un actor principal en la gestión al considerarse al gobierno local como articulador de las políticas públicas en el territorio. En ese sentido, resulta crucial capacitar en programas preventivos y de promoción a los funcionarios de atención primaria de salud municipal pues son los equipos locales que entregan la primera respuesta y quienes poseen el conocimiento situado, el conocimiento del territorio y las subjetividades que particularizan a la población afectada. Asimismo, un acompañamiento en todas las etapas del desastre, articularse con intersector y otras instancias de salud provincial y regional. Articular saberes, capacidades y experiencias, en vez de superponer acciones provenientes desde una entidad externa al territorio afectado.

Consideraciones Finales

Acciones Mínimas para la Gestión del Riesgo en Salud

Para la gestión se requiere la definición de acciones mínimas que se traduzcan en procedimientos y estrategias para un mediano y largo plazo, considerando las múltiples amenazas, garantizando la coordinación intra e interinstitucional, implementando la atención inclusiva y respetuosa de derechos, resguardando la salud mental de las personas y de los propios funcionarios. Se sugiere incorporar:

- i) La visión del desastre como un proceso social (ciclo del desastre)
- ii) La necesidad de evaluar a nivel local y retroalimentar con el nivel central para así aprender de la experiencia, llevando a cabo una gestión de abajo arriba.
- iii) La consideración de excepcionalidad, esto quiere decir, que una vez vivida la emergencia, las fases posteriores distan de ser una situación de normalidad - aún cuando el objetivo que se busca es restablecerla-. Por tanto, no es posible retomar la normalidad con los planes regulares durante la fase de rehabilitación, recuperación y reconstrucción.
- iv) Considerar que el conocimiento del territorio es imprescindible para elaborar los planes de reducción de riesgo, las acciones mínimas, las estrategias de trabajo y para establecer alianzas y confianzas.

Por último, esta serie de acciones buscan fomentar la instalación de una cultura de la prevención a nivel institucional, a modo de transformar una forma de hacer que se ha caracterizado por lo reactivo por sobre lo preventivo. Este nuevo modo de hacer involucra un nuevo modo de pensar el riesgo de los territorios, así como las condiciones de vulnerabilidad, donde la exposición no es únicamente a las amenazas “naturales” sino a las condiciones históricas de construcción del territorio.

Bibliografía

- Ansaloni S. (2016). Derechos humanos e implicaciones políticas del trabajo psicosocial en situaciones extremas. el compromiso de caminar al lado de la gente. Boletín Development Connections. Enero, 2015.
- Arteaga C. y Ugarte A. (2015). Identidades en Emergencia: La Otra Cara De La Reconstrucción. El Caso De Chaitén. *Magallania*, 43(3), 107-213.
- Freitas, Carlos Machado de, Silva, Diego Ricardo Xavier, Sena, Aderita Ricarda Martins de, Silva, Eliane Lima, Sales, Luiz Belino Ferreira, Carvalho, Mauren Lopes de, Mazoto, Maíra Lopes, Barcellos, Christovam, Costa, André Monteiro, Oliveira, Mara Lúcia Carneiro, & Corvalán, Carlos. (2014). Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3645-3656. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.00732014>.
- Hernández M. y Marchezini V. (2017). Desastres y Derechos: un imprescindible dialogo relacional. En Marchezini, V., ; Wisner, B., Londe, L. y Saito, S.(Eds.) *Reduction of vulnerability to disasters: from knowledge to action* (253-264). Brasil.
- Goic A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*. Nº 143. Pag. 774-786.
- Miranda G., y Saffie X. (2014). Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? *Revista de Acta de Bioethica*. Número 20, (2). Pag. 215-223.
- Moreno G. & Maskrey A. (1993). ¿Cómo entender los desastres naturales? En Maskrey A. (Ed.) (1993), *Los desastres no son naturales*. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina (LA RED).
- Resende, Luciana, Marchezini Victor, Silva Rodrigo, Baroletto Katia, Silva Ana, Volker Elisa, Tortorela Regina (2015). Impactos de desastres socioambientais em saúde pública: estudos dos casos dos Estados de Santa Catarina em 2008 e Pernambuco em 2010. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 32 (3), 537-562.

[1] Por consecuencia, otorgando un amplio espacio al sector privado para que lucre con las falencias y carencias del sector de salud pública.

[2] Fenómeno natural que se caracteriza por el aumento de microalgas en el mar cuya presencia envenena a los mariscos. Los mariscos constituyen una fuente alimenticia importante para la región, además es una de las principales fuentes de trabajo para la población.

[3] Cuando hacemos mención del territorio no se refiere a un pedazo de tierra, sino más bien a una construcción de relaciones, símbolos, signos, entramados en una historia. (para ahondar en este concepto ver Claval, P. (1999).

[4] En referencia a las etapas del ciclo del desastre pero también en referencia a las condiciones preexistentes de un territorio en particular, producto de las características geográficas y antrópicas que generan las condiciones de vulnerabilidad.

[5] Existen destacadas iniciativas que han intervenido a las comunidades para la preparación de eventos críticos, destacando el trabajo participativo y colaborativos entre la entidad de salud y las comunidades. Sin embargo, corresponde a iniciativas particulares y no a una política pública sobre la gestión del riesgo en salud. Por otro lado, cabe mencionar que el servicio público dispone por normativa legal, un plan de emergencia para que cada entidad cuente con una organización previa para afrontar eventos críticos centrados en la emergencia. No obstante, ello, el departamento de emergencia y desastres del gabinete de la ministra en el 2016 inició una serie de acciones para actualizar dicho plan a los estándares internacionales e incorporando la lógica de la gestión del riesgo.

[6] Lainez, P. y Fava, D. 2018. Lo que la erupción enterró: reflexiones de la devaluación de lo social desde la experiencia de los afectados.

ⁱ Agradecimientos especiales a Carlos Daniel Güida Leskevicius por los aportes al artículo.