



## Amplificando vulnerabilidades: acerca de las omisiones y los equívocos en relación a la gestión de desastres, la participación comunitaria y la interseccionalidad.

**Carlos Güida Leskevicius<sup>1</sup>**

En artículos anteriores<sup>2,3</sup>, nos hemos referido a la construcción de discursos sobre la vulnerabilidad, acompañados de estrategias y acciones no congruentes, por parte de los gobiernos nacionales y locales, de la institucionalidad estatal y de organismos de cooperación internacional.

Así, una vez que determinadas situaciones develan amenazas para determinadas poblaciones y resulta inminente un desastre socionatural y/o el mismo ya es un hecho, las vulnerabilidades cobran amplia visibilidad. Y dicha visibilidad va de la mano de la espectacularidad en los medios de comunicación masiva y en las redes sociales, en un proceso de construcción de la noticia, desde su cara más dramática y comercial. Existen determinados factores que pondrán mayor o menor interés en un desastre y en la respuesta nacional e internacional al mismo. En ese sentido, adherimos a la reflexión de Susana Ansaloni:

*“Las intervenciones en situaciones críticas muchas veces ocultan que no todas las crisis, ni las más graves, atraen la atención, ya que en la puesta en marcha de las acciones humanitarias concurren causas políticas e intervienen en forma decisiva los medios de comunicación masiva. Las razones por las cuales un conflicto interno o catástrofe pasa a la categoría de acontecimiento internacional o se convierte en una crisis que dispara la compasión colectiva demandando la injerencia de la comunidad internacional, no responde a leyes generales. Ciertos factores pueden destacarse como elementos de reflexión: las imágenes en flujo continuo, el mecanismo de selección que posibilita atender a un solo conflicto ignorando otros, la presencia de algún agente, personalidad y/o voluntario de una organización humanitaria que “certifique”/“autentifique” la condición de víctima de la población y que facilite la canalización de la emoción estableciendo*

---

<sup>1</sup> Doctor en Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Profesor Adjunto, Facultad de Medicina de Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Güida, C. (2010): “Hombres e igualdad de género en las situaciones de emergencia”. DVCN Critiques. Vol 3 No 2, Febrero de 2010. Washington D.C.

<sup>3</sup> Güida, C. (2009): “Vulnerabilidad Social y Desastres Naturales: el impacto sobre las poblaciones viviendo con VIH y las estrategias para su superación”. DVCN Critiques. Development Connections - Vol. 2 – Nº 1. Washington DC.

*la distancia necesaria entre el espectador y el afectado, decorado escénico que tiene por objetivo que la víctima sea “aceptada” en su condición de tal”.* (Ansaloni, 2014)<sup>4</sup>

Podríamos afirmar que hay una trayectoria política, económica, cultural en la construcción de la vulnerabilidad social y que la misma debería interpretarse a la luz del concepto de interseccionalidad estructural y política<sup>5</sup>. Interseccionalidad en tanto concepto y estrategia que aún parece lejana en los organismos y en manuales y bibliografía referente a desastres siconaturales en América latina.

Es posible percibir a través de los discursos, de las imágenes en los medios de comunicación, en las redes y en las portadas de los manuales de orientación a equipos técnicos y comunidades, la confluencia de la vulneración de derechos presentada en tanto vulnerabilidades.

Vulnerabilidades que carecen de una interpretación histórica, y que se plantean en clave de fatalismo. La desgracia de los vulnerados señala implícitamente el grado de subordinación a las autoridades e instituciones que manejan las decisiones respecto a los recursos, casi siempre escasos.

Subyace una concepción sobre “comunidad” y sobre “participación comunitaria” que tiende a replicar las relaciones de poder, y por lo tanto a sostener, replicar o amplificar las vulnerabilidades.

Es evidente que el camino del *desempoderamiento comunitario* se inicia con el desconocimiento de los saberes de las comunidades sobre su historia, sus costumbres y sus aprendizajes en el manejo de los desastres o emergencias.

Al decir de Alejandro Groppo: *“la idea de comunidad postulada por una teoría política dada no es neutra y no tiene efectos inocentes. Todo lo contrario. De la idea de comunidad postulada por una teoría política depende su visión del sujeto, quién cuenta como miembro y cómo debe estar organizada, además de funcionar como un decálogo de prescripción de determinadas políticas públicas. En una palabra, la comunidad interpela y se constituye en un punto nodal teórico que estructura a su vez otros conceptos”.* (Groppo, 2011)<sup>6</sup>

Paradójicamente, al activarse determinados mecanismos de asistencia técnica, se replican muchas veces las relaciones de poder que confrontan saber técnicos con saberes populares. A su vez, en esta tensión, más o menos explícita, las miradas hegemónicas de uno u otro lado pueden amplificar las inequidades de género, etnia, etarias/generacionales, económicas.

La principal vulnerabilidad en los desastres siconaturales resulta de la sistemática vulneración de derechos a la que han estado sometidas las personas, familias y comunidades (durante años o décadas) y que las dejan en situación de desprotección, cuando no la discapacidad de gestión de los recursos previa, concomitante y posteriormente a los mencionados desastres.

Revisemos un ejemplo de grave vulneración de derechos, que amplifica la vulnerabilidad de niñas y mujeres.

**Sobre el ejercicio y/o vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.** Según el reporte de la ONU en Chile, respecto de la respuesta humanitaria en el contexto del terremoto y tsunami del 2010, uno de los objetivos en esta materia, fue restaurar y fortalecer la capacidad del sistema de salud primaria local para proporcionar servicios de salud reproductiva de emergencia, incluida la prevención de ETS / VIH, y asegurar el respeto a la dignidad de las mujeres afectadas, los jóvenes y otros grupos vulnerables. Se proyectó beneficiar a 25.000 mujeres en edad reproductiva y 18.133 personas de grupos vulnerables y para ello se invirtió un total de US\$ 187.785.

<sup>4</sup> Ansaloni, S. (2015): DERECHOS HUMANOS E IMPLICACIONES POLÍTICAS DEL TRABAJO PSICOSOCIAL EN SITUACIONES EXTREMAS. El compromiso de caminar al lado de la gente. DVCN. Washington DC.

<sup>5</sup> Crenshaw, K. W. (1989), citada por E. Lombardo y M. Verloo en “La ‘interseccionalidad’ del género con otras desigualdades en la política de la Unión Europea”, Revista Española de Ciencia Política. Núm. 23, Julio 2010, pp. 11-30.

<sup>6</sup> Groppo, A. (2011): Tres versiones contemporáneas de la comunidad: Hacia una teoría política post-fundacionalista. Revista de Filosofía y Teoría Política (42), 49-68. En Memoria Académica. Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

En ese marco, y bajo la responsabilidad de UNFPA-ONUSIDA, se organizó a través de los servicios de salud la entrega de “dignity kits” o kits de higiene para mujeres, que incluía preservativos masculinos en caso que hubieran interrumpido sus métodos anticonceptivos, toallas sanitarias, otros artículos de aseo y cartilla informativa para prevención de embarazos, VIH, ETS y violencia. Si bien la evaluación de la ONU respecto de esta acción es positiva, se destaca que:

- Un servicio de salud rechazó los kits por “falta de espacio para almacenaje”, y los kits quedaron expuestos a las lluvias y humedad, sufriendo un deterioro irreparable.
- La mayor parte de los kits fueron distribuidos a los servicios de salud de la región del Bío Bío.

Bajo la orden de la Intendenta de la época, Jacqueline van Rysselberghe, miles de kits fueron abiertos para sacar los preservativos, y luego sellados nuevamente para su distribución. Los preservativos fueron “devueltos” a Naciones Unidas. Ante esta situación, UNFPA-ONUSIDA resuelve entregar los preservativos a la población con el apoyo de las organizaciones sociales de la región. El Observatorio Género y Equidad señala que “...se observó, a decir de las propias afectadas, acciones negligentes y/o inacción por parte del Estado, con consecuencias importante en los proyectos de vida de las mujeres, en especial de las jóvenes. No hubo acceso a anticonceptivos en períodos que expusieron a las mujeres a una fecundidad no deseada, es decir, a embarazos no planificados y en situación de gran vulnerabilidad. Los consultorios no velaron por esas necesidades de las mujeres”. La pérdida de infraestructura hospitalaria derivó en la priorización de emergencias físicas, afectando el normal desarrollo de la atención primaria, y con ello, en muchos casos, la suspensión de la entrega de métodos anticonceptivos.<sup>7</sup>

Esta situación, que aún no ha sido dimensionada en sus consecuencias comunitarias, jurídico legales y sanitarias, demuestra la vulneración de derechos en el contexto de un desastre. O podríamos expresarlo de otra manera: un desastre en el campo de los derechos humanos, en un determinado contexto político, jurídico y sanitario y de las relaciones de dominación/subordinación de género, clase social, etaria/generacional y étnica.

---

<sup>7</sup> Forttes, P. “Diagnóstico Estado de la Reconstrucción Terremoto y Tsunami 2010”, pp 38 y 39. GOBIERNO DE CHILE. Delegación Presidencial para la Reconstrucción. Santiago, 4 de Junio de 2014.



# DELEGACIÓN PRESIDENCIAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN

## Plan de Cierre Reconstrucción Terremoto y Tsunami 27F, 2010



Ministerio del  
Interior y  
Seguridad  
Pública

Gobierno de Chile

**Delegación Presidencial para la Reconstrucción**  
**Ministerio del Interior y Seguridad Pública**  
**Diciembre 2014**

**Edición:**

Delegación Presidencial para la Reconstrucción

**Diseño y diagramación:**

Imagen Institucional  
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

**Impresión:**

Maval Impresores



# La Salud Mental

## Plan para la atención post desastres y procesos de reconstrucción

Uno de los temas más frecuentemente mencionados por la comunidad durante el proceso diagnóstico del estado de reconstrucción fue la necesidad de contar con más y mejores servicios de apoyo en salud mental, lo que fue manifestado tanto por los Servicios Públicos como por los Alcaldes, organizaciones sociales y sociedad civil de las zonas más afectadas.

Como se ha descrito ampliamente en la literatura científica<sup>9</sup>, luego de situaciones de desastre, es habitual que algunos adultos, adolescentes y niños desarrollen secuelas psicológicas como Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), depresión y/o trastornos de ansiedad, las que podrían seguir manifestándose por años e incluso décadas después del evento<sup>10</sup>. Lo anterior es relevante desde el punto de vista comunitario porque dichos trastornos, en especial el TEPT, generan una importante carga social<sup>11</sup> al deteriorar el funcionamiento familiar y de pareja, comunitario y laboral y al aumentar la incidencia de suicidio<sup>12</sup>.



Así, la patología mental puede constituirse en uno de los principales obstáculos para el logro de una reconstrucción efectiva.

De las personas que desarrollan TEPT, un tercio se mantiene con síntomas después de una década, por lo que aún existe una ventana

de oportunidad para tratar a quienes desarrollaron secuelas emocionales luego del 27F. En esta línea, el documento “Diagnóstico Estado de la Reconstrucción Terremoto y Tsunami 27 de febrero de 2010” sugirió incorporar a la salud mental como un capítulo básico y transversal de todo el proceso de reconstrucción, no tan sólo para recuperar a las personas que quedaron con secuelas emocionales del terremoto y tsunami, sino también para fortalecer nuestra capacidad permanente de respuesta frente al trauma, lo que ha sido considerado por algunos expertos como una oportunidad hacia la construcción de un mundo con menos miseria<sup>13</sup>. La reconstrucción no sólo debería ser una oportunidad de volver a levantar lo que ya teníamos, sino también construir algo mejor, como ha sido

9 Neria Y, Galea S. Mental health and disasters. Cambridge University Press; 2009.

10 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995, Dec;52(12):1048-60.

11 Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. J Clin Psychiatry 2000; 61 Suppl 5:4-12; discussion 13-4.

12 Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. Arch Gen Psychiatry 2009, Mar; 66(3):305-11.

13 Carrière R. Healing trauma, healing humanity. Ted Talk Dec 11, 2013.

propuesto por OMS en su documento “Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia”.

Tres meses después del Terremoto y Tsunami del 27F un 12% de la población nacional presentaba un probable TEPT, alcanzando a más de un 20% de la población en las Regiones que fueron declaradas en Estado de Catástrofe.<sup>14</sup>

Considerando que el TEPT afectaba a un 2,4% de la población del país antes del terremoto, este desastre produjo un aumento de la prevalencia del trastorno de más de un 500%, con un mayor riesgo de desarrollo especialmente en las mujeres y en las zonas urbanas, así como en aquellas personas que el año 2009 se encontraban en condiciones de mayor pobreza, precariedad habitacional, inseguridad laboral o enfermedad.

Esto es consistente con la literatura internacional que muestra que la pobreza, ser mujer, estar en la edad media de la vida, haber estado más expuesto al evento, experimentar eventos secundarios posteriores al trauma y presentar otros problemas psiquiátricos previos son factores asociados a mayor riesgo de desarrollar TEPT y otros problemas de salud mental luego de un desastre.

Otro grupo afectado de manera importante fueron los funcionarios de salud, que debieron enfrentar la emergencia desde dos facetas: afectados directos e intervinientes. Por

14 Figueroa RA, Bas C, Padilla O, Cortés P. Social determinants of health and PTSD after the 2010 earthquake in Chile: A longitudinal pre- post-disaster analysis of risk factors in a sample of 27,593 adults from all along the country. Presentado en el XVI Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 14-18 de septiembre, 2014.

ejemplo, en una muestra de funcionarios de la atención primaria de Constitución<sup>15</sup> un 20% presentaba síntomas compatibles con TEPT.

Lo anterior refleja en forma elocuente cómo una vez más los determinantes sociales de la salud impactaron en el desarrollo de enfermedad. Al estar éstos fuertemente determinados por condiciones de justicia social, es un imperativo ético del Estado efectuar todas las acciones posibles para recuperar la salud mental de los afectados, especialmente lo más pobres.

Focalizarse en su tratamiento es una herramienta básica de reconstrucción y por lo tanto una línea de trabajo ineludible en este contexto. Por ello, el Ministerio de Salud, en coordinación con la Delegada Presidencial para la Reconstrucción, ha diseñado un plan de trabajo que tiene como fin generar un aporte significativo en el proceso de recuperación de las zonas afectadas a través de líneas de trabajo especialmente dirigidas a cubrir las necesidades de recuperación emocional de la población, lo que junto con contribuir a consolidar el proceso de reconstrucción, permitirá robustecer la capacidad de la Red de Salud para brindar atención especializada a víctimas de otras experiencias traumáticas tan comunes en nuestros días como asaltos, agresiones y accidentes de tránsito.

En concreto, el Ministerio de Salud compromete las siguientes líneas de trabajo para el período 2014-2017:

15 Leiva-Bianchi M. Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile. Revista De Salud Pública 2011;13(4):551-9.



## Plan Salud Mental post Desastre y Reconstrucción

LÍNEA DE TRABAJO	2014	2015	2016	2017
Fortalecimiento del <b>Sistema de Gestión de Crisis</b> del Ministerio de Salud.	Diagnóstico estructurado con estándares OMS del estado de preparación del Sistema de Salud frente a crisis (emergencias, desastres, brotes y epidemias, intoxicaciones masivas, entre otros).	Elaboración de un Plan de Fortalecimiento del Sistema de Gestión de Crisis del Ministerio de Salud 2015-2017, en relación al Diagnóstico estructurado.  Implementación del Plan.	Implementación del Plan.	Implementación del Plan.
Elaboración de un <b>Modelo de Protección y Cuidado de la Salud Mental en Situaciones de Crisis</b> del Ministerio de Salud.	Planificación del Programa de Estadías de Entrenamiento en Japón por parte de funcionarios de la Red de Salud para capacitarse en Modelo Kokoronokea de salud mental en crisis, en el Marco del Acuerdo de Cooperación Chile-Japón frente a Desastres.	Estadía de entrenamiento en Japón de funcionarios de la Red de Salud.  Elaboración de un Modelo de Protección y Cuidado de la Salud Mental en Situaciones de Crisis, incorporando conceptos del Modelo Kokoronokea.	Estadía de entrenamiento en Japón de funcionarios de la Red de Salud.  Implementación del nuevo modelo.	Estadía de entrenamiento en Japón de funcionarios de la Red de Salud.  Implementación del nuevo modelo.
<b>Fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Información y Comunicación en Crisis</b> del Ministerio de Salud.	Elaboración de un Plan del Ministerio de Salud para la Gestión de la Información y Comunicación en Crisis, que integre a todos los estamentos involucrados y que cumpla con los estándares internacionales en la materia.	Elaboración del Plan.  Implementación del Plan.	Implementación del Plan.	Implementación del Plan.

## Plan Salud Mental post Desastre y Reconstrucción (continuación)

LÍNEA DE TRABAJO	2014	2015	2016	2017
<p><b>Fortalecimiento de la capacidad de detección, manejo inicial del trauma psicológico y autocuidado del personal en situaciones de crisis.</b></p> <p>Destinatarios: Funcionarios de la atención primaria de salud.</p>		<p>Actualización y ampliación de la oferta de cursos de detección y manejo inicial del trauma psicológico a través del Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD): a) Curso "Gestión de Riesgo de Desastres en el Sector Salud" (20 horas); b) Curso "Salud Mental en Emergencias y Desastres" (20 horas).</p> <p>Desarrollo de una capacitación piloto para la formación de competencias en detección, manejo inicial del trauma y autocuidado en situaciones de crisis para funcionarios de la atención primaria en una comuna del Servicio de Salud del Maule, Servicio de Salud de Concepción y en la Comuna de Valparaíso.</p>		



## Plan Salud Mental post Desastre y Reconstrucción (continuación)

LÍNEA DE TRABAJO	2014	2015	2016	2017
<p><b>Programa de Entrenamiento y Supervisión Especializada en Manejo del Trauma Psicológico.</b></p> <p>Destinatarios:</p> <p>Psicólogos y/o psiquiatras del Nivel Secundario y Terciario de salud.</p>	<p>Elaboración del Programa, que tendrá tres componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Entrenamiento masivo. Se entrenará al menos a un funcionario de cada punto de la Red de Salud Mental del Nivel Secundario o Terciario en Psicoterapia EMDR o Terapia de Exposición Prolongada para Estrés Postraumático.</li> <li>2) Supervisión clínica mensual. Se realizará por expertos a través de videoconferencia. Los terapeutas deberán participar de una reunión de supervisión mensual.</li> <li>3) Mantenimiento de la capacidad de respuesta. A través de re-entrenamiento y entrenamiento a los nuevos psicólogos y/o psiquiatras que se integren al nivel secundario o terciario, en reemplazo de aquellos que se vayan.</li> </ol>	Elaboración e implementación del Programa.	Elaboración e implementación del Programa.	Elaboración e implementación del Programa.