

**COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA SOBRE SEGUIMIENTO DEL  
PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN NACIONAL**

**Sesión 20ª, ordinaria, correspondiente a la 358ª legislatura, celebrada el día  
martes 8 de marzo de 2011.**

Se abre la sesión a las 12:14 horas.

SUMARIO

- Se escuchó la exposición de los invitados respecto de las secuelas psicológicas del terremoto y posterior tsunami del 27 de febrero del año 2010.

- Se acordó tratar en la próxima sesión el informe preliminar que será enviado a la Sala en cumplimiento del documento N°1 de la Cuenta.

- Se acordó discutir en la próxima sesión los indicadores del avance del plan de reconstrucción nacional en los que se centrará la investigación de la Comisión.

**1.- ASISTENCIA**

Asistieron la Diputada señora Clemira Pachecho Rivas y los diputados señores Cristián Campos Jara; Romilio Gutierrez Pino; Alejandro Santana Tirachini; Frank Sauerbaum Muñoz; Jorge Ulloa Aguillón (Presidente Accidental) y Enrique Van Rysselberghe Herrera.

Concurrieron en calidad de invitados, el Subsecretario de Salud, doctor Jorge Díaz, acompañado de su jefa de Gabinete, señorita Itziar Linazasoro, y el médico psiquiatra y académico de la Universidad de Concepción, doctor Mario Valdivia.

\* \* \* \* \*

## **2.- ACTAS**

El acta de la sesión 18° se dio por aprobada por no haber sido objeto de observaciones.

El acta de la sesión 19° quedó a disposición de las señoras diputadas y señores diputados.

## **3.- CUENTA**

La Secretaria Abogado de la Comisión (señora Silva) dio cuenta de la recepción de los siguientes documentos:

1.- Oficio del Secretario General (A) de la Corporación, mediante el cual comunica que la Sala, en sesión del día 2 de marzo, accedió a la petición de prórroga del plazo de la Comisión, extendiéndolo por 90 días, hasta el 18 de junio del año en curso, acordando además, que la Comisión emita un informe preliminar, dentro de los próximos 15 días siguientes de esta comunicación, que contenga la información recopilada hasta entonces.

2. Carta del Ministro de Salud, mediante la cual excusa su asistencia a la sesión del día de hoy, señalando que asistirá en su reemplazo el Subsecretario de Salud, Dr. Jorge Díaz.

3. Oficio de la Ministra de Vivienda y Urbanismo (N°55), mediante el cual responde uno de la Comisión, (96/2010), e informa respecto de:

- Nómina digitalizada de subsidios otorgados a la fecha.
- Casos de subsidios otorgados a una misma cédula de identidad.
- Causa de posibles retrasos en postulaciones en comunas detalladas.
- Avance de proyectos de reordenamiento territorial de localidades del borde costero.

- Licitaciones, tanto en proceso como adjudicadas, de obras de reconstrucción de condominios.

4. Oficio del Alcalde de Tilcoco (Nº50), mediante el cual denuncia la seria falla en la construcción de que adolecen gran parte de los edificios y construcciones afectadas por el terremoto, según consta en Ordinario Nº200, de fecha 29/09/10, de la Contraloría Regional del Libertador B. O'Higgins, y Ordinario Nº 126, de fecha 07.06.10, ingresado en la oficina del SERVIU Regional, solicitando un pronunciamiento de la Comisión sobre la materia. Preocupa a la autoridad comunal, el que determinadas empresas continúan construyendo sin considerar la gravedad del terremoto de febrero de 2010, las condiciones en que quedaron dichas viviendas y el daño que esto ocasiona a las familias afectadas que con gran esfuerzo lograron su vivienda propia.

5. Oficio de la Ministra de Vivienda y Urbanismo (105/2011), mediante el cual responde uno de la Comisión, (Of. Nº 105/2011), y envía antecedentes respecto de las expropiaciones efectuadas en razón de la reconstrucción nacional, en las regiones de Valparaíso, del Libertador B. O'Higgins, del Maule, y del Bío-Bío.

#### **4.- ORDEN DEL DÍA**

Se recibió la exposición de los invitados respecto de las secuelas psicológicas provocadas por el terremoto y posterior tsunami del 27 de febrero del año 2010, en la población de las zonas devastadas. Expuso, en primer lugar el Subsecretario de Salud, respecto de los programas y planes de Gobierno que abordan esta temática en el sistema público de salud y en segundo lugar, expuso el Psiquiatra profesional invitado, respecto de los estudios que ha realizado sobre el tema en las zonas del borde costero de la Octava Región.

El detalle de la exposición de los invitados y el debate suscitado a su respecto, consta en versión taquigráfica que se adjunta a la presente acta.

## **5.- ACUERDOS**

Por la unanimidad de las señoras diputadas y señores diputados se acordó:

1.- Tratar en la próxima sesión el informe preliminar que será enviado a la Sala, en cumplimiento del Oficio del punto 1 de la Cuenta.

2.- Discutir en la próxima sesión los principales indicadores del avance del plan de reconstrucción nacional, en los cuales se centrará la investigación realizada por la Comisión.

**Las exposiciones realizadas durante la discusión de los puntos en tabla y el debate suscitado en torno a éstos se encuentran archivados en un registro de audio que queda a disposición de los señores Diputados de conformidad a lo dispuesto en el artículo 249 del reglamento de la Cámara de Diputados.**

\* \* \* \* \*

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 13: 38 horas.

**JORGE ULLOA AGUILLÓN**

**Presidente (A) de la Comisión**

**MARIA EUGENIA SILVA FERRER**

**Secretaria Abogada de la Comisión**

**COMISIÓN INVESTIGADORA SOBRE EL SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE  
RECONSTRUCCIÓN NACIONAL**

Sesión 20<sup>a</sup>, celebrada en martes 8 de marzo de 2011,  
de 12.14 a 13.38 horas.

**VERSIÓN TAQUIGRÁFICA**

Preside en forma accidental el diputado señor Jorge Ulloa.

Asisten la diputada señora Clemira Pacheco y los diputados señores Cristián Campos, Romilio Gutiérrez, Alejandro Santana, Frank Sauerbaum y Enrique Van Rysselberghe.

Concurren el subsecretario de Salud, doctor Jorge Díaz, acompañado de su jefa de Gabinete, señorita Itziar Linazasoro, y el médico psiquiatra y académico de la Universidad de Concepción, doctor Mario Valdivia.

**TEXTO DEL DEBATE**

El señor ULLOA (Presidente accidental).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El acta de la sesión 18<sup>a</sup> se declara aprobada.

El acta de la sesión 19<sup>a</sup> queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

-La señora SILVA, doña María Eugenia (Secretaria) da lectura a la Cuenta.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Damos la bienvenida al subsecretario de Salud, señor Jorge Díaz, quien concurre acompañado de su jefa de Gabinete, señorita Itziar Linazasoro, y del médico psiquiatra y académico de la Universidad de Concepción, doctor Mario Valdivia. El subsecretario Díaz viene en reemplazo del ministro de Salud, quien presentó las excusas correspondientes.

Tiene la palabra, señor subsecretario.

El señor DÍAZ (subsecretario de Salud).- Señor Presidente, en primer lugar, hago llegar un saludo afectuoso a las damas presentes de parte del ministro, en atención a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer.

En segundo lugar, pido de antemano excusas si cometo algún error de procedimiento, pues hoy es mi bautizo de fuego en este tipo de instancias.

Hemos preparado una presentación sobre las actividades desarrolladas en materia de protección de salud mental desde el sismo a la fecha y las principales líneas de acción que se han seguido. En este sentido, tenemos información de las actividades que se han realizado, pero la información epidemiológica en mayor detalle probablemente la tendremos disponible hacia fines del mes de marzo o, con toda seguridad, en abril, ya que se está recopilando información y trataremos de detallarla en la exposición.

Los efectos de los desastres sobre la salud mental están siendo identificados y abordados recién en los últimos 30 años. Por lo tanto, la experiencia en nuestro país al respecto no es de muy largo plazo.

Se sabe que alrededor de la mitad de la población expuesta sufre alguna alteración en su salud mental producto

de desastres naturales como el que hemos vivido, pero todas ellas no pueden calificarse necesariamente como patológicas o como una enfermedad. Muchas de ellas probablemente son manifestaciones transitorias y dentro del contexto de lo que podríamos considerar adecuado para el estrés que se produce.

Los problemas de salud mental, específicamente las patologías, pueden ser inmediatos o presentarse por largo tiempo después de ocurrido el evento, y más aún en estos casos en los que hay reiteración del estrés; por ejemplo, nuevos sismos o réplicas de gran magnitud. A raíz de ello podemos tener incluso exacerbación de los síntomas.

En este aspecto, las consecuencias de las emergencias y desastres tienen impactos psicosociales, impactos mentales y también impacto en los agentes de salud que concurren al evento al igual que los rescatistas. Por lo tanto, todo protocolo desarrollado para el manejo de este tipo de situaciones debe considerar no sólo a las personas de la población más dañada, sino también a aquellos grupos de trabajadores que están en contacto directo con ellos.

Para definir un marco estratégico se utilizaron orientaciones matrices de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud para el desarrollo de la atención de salud mental, esto es: Estrategia y plan de acción sobre salud mental de la OPS, el programa acción para reducir la brecha de salud mental, el plan acción para prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles; la estrategia mundial de la reducción del consumo nocivo de alcohol, el convenio marco para el control del tabaco; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros documentos que se tuvieron en consideración.

Las principales líneas de acción están definidas en el cuadro que se muestra en la siguiente diapositiva. En primer lugar, a la izquierda del cuadro, está el refuerzo de

los recursos humanos para la atención; luego está la recuperación de la oferta tanto a nivel secundario como terciario, especialmente de este último por el daño que hubo en hospitales de gran tamaño. Luego, el apoyo y capacitación de los recursos humanos que van a dar estas prestaciones; y la coordinación para la acción y la comunicación. Las acciones que se derivan de esto están detalladas en el instructivo.

En cuanto al refuerzo del recurso humano, específicamente, se consideró necesario apoyar la atención primaria. En este sentido se reforzaron seis servicios de salud y 26 comunas, que están indicadas en la lámina, que fueron las que tuvieron más efecto en este tema. Eso significó aumentar el recurso humano de psicólogos; así, 39 de estos profesionales cumplieron jornadas de 44 horas semanales; lo mismo sucedió con 19 asistentes sociales. Así se generó un importante aumento de jornadas laborales para el período inmediatamente posterior y durante el 2010 con recursos extraordinarios. Este año esos recursos se incluyeron dentro del presupuesto, por lo cual, de extraordinarios pasaron a ser recursos regulares del presupuesto para mantener esta acción en el tiempo.

Independientemente del refuerzo del que se habló anteriormente, se diseñó un modelo de equipos especiales móviles. En este caso, era un total de cinco equipos móviles integrados por psiquiatras, psicólogos, un profesional de salud mental, un técnico paramédico, administrativo y el conductor.

Lamentablemente, aquí tenemos un problema que es crónico en nuestro país y que dice relación con la disponibilidad de especialidades y subespecialidades médicas.

En el caso de los psiquiatras, estos equipos móviles no pudieron concretar la presencia del especialista correspondiente, debido a que en el concurso que se realizó

para este efecto solamente se presentaron tres psiquiatras, quienes durante el período de selección y administración desistieron de su presentación. En consecuencia, no pudimos contar en estos equipos móviles con el concurso de los especialistas, los que sí estaban en los hospitales bases de la región.

Les pido que tengan el cuidado de reemplazar esta transparencia porque originalmente habíamos puesto una transparencia con una numeración que correspondía a una evaluación que se hizo a mitad de período. Esta es la actual y la agregamos al final como última transparencia.

En la siguiente diapositiva pueden observar el efecto cama. Fueron 391 camas que se perdieron en este proceso, que fundamentalmente pertenecieron a dos lugares de larga estadía: el hospital Pinnel y el hospital El Peral. Entre ambos tuvieron 307 camas perdidas por la destrucción prácticamente completa de estos dos recintos hospitalarios.

Finalmente, tenemos un total de 1.465 camas disponibles operativas a la fecha.

Uno de los temas en que se hizo especial hincapié fue el apoyo al equipo de salud mental y a los equipos de terreno. Para esto se realizaron talleres de apoyo psicosocial; se contó con 176 talleres y se capacitaron a 2.622 funcionarios de la salud en todos los niveles.

Se realizaron talleres de autocuidado por los equipos de salud mental y se hizo un programa de formación y capacitación en forma continua on line, con cinco componentes, que vamos a mostrar a continuación.

En la siguiente lámina vemos los elementos básicos que se instalaron en el equipo. Se entregaron herramientas para la protección y cuidado de la salud mental, está el número de personas capacitadas durante el 2010 y, finalmente, algunos de estos niveles que se van a completar durante los primeros meses de este año, especialmente en abril de 2011.

En estas diapositivas se muestran los cinco aspectos considerados para esta capacitación.

Se ha usado el modelo e-learning, por el cual podemos llegar a una mayor cantidad de funcionarios de la salud en este año.

En cuanto a los factores protectores de la salud mental, después de hacer una evaluación que realizó el doctor Minoletti, también con apoyo de la Organización Mundial de la Salud, se desarrolló un nuevo programa a partir del 2010, y se puso el foco en el tema de la promoción de la salud en la zona afectada, en 52 comunas de O'Higgins, Maule y Biobío. Allí se desarrollaron planes comunales de promoción de la salud, fundamentalmente en actividades promotoras de factores protectores, resiliencia comunitaria, cohesión social, identidad, solidaridad, convivencia y entornos saludables, apoyado fundamentalmente por las acciones de control de higiene ambiental que desarrollaron las seremis correspondientes.

En cuanto a la evaluación efectuada hasta la fecha, esperamos tener en abril, tal como les comentaba inicialmente, una evaluación de mayor detalle con respecto a los resultados desde el punto de vista de salud de la población.

Podemos decir que hay 59 comunas donde se completaron los planes de promoción y está la totalidad de los planes ejecutados; hay un avance de un 61 por ciento a la fecha, y de un 39 por ciento en las actividades del informe final y la revisión técnico-financiera, que es la que esperamos terminar en abril, junto con la información restante.

Para eso se está utilizando un registro, en el que se han sistematizado las acciones realizadas de algunos resultados a julio de 2010.

Están las colaboraciones técnicas que les hemos mencionado, con otras organizaciones y universidades.

Esperamos ansiosamente tener resultados con respecto a un estudio que se hizo sobre efectos en la zona de Concepción, por la Universidad de Concepción. He conversado con el doctor al respecto, y me señaló que está en un proceso de análisis de resultados. Lo más importante de ese estudio es que ellos tuvieron la oportunidad de tener una línea base previa al terremoto, y nueve meses después, con un esfuerzo importante, lograron obtener recursos para hacer una segunda evaluación.

Tenemos algunas publicaciones en las que podemos mostrar cómo se comportó en la región de O'Higgins en siete meses, desde el 2008 al 2010, que están aquí graficados, el problema del trastorno de ansiedad.

Es evidente que en marzo se produjo un aumento significativo del número de personas consultantes con trastornos de ansiedad. Y el comportamiento posterior sigue una línea de tendencia similar a los años anteriores.

La suma total de atenciones no sobrepasa el total de atenciones en el año. Por lo menos, es la información parcial que tenemos hasta el momento.

Incluso, el año pasado se observó un 9 por ciento de reducción total de trastornos de orden mental en la región de Concepción, elemento que vamos a confirmar en la información que tenemos en proceso.

La siguiente transparencia muestra a personas ingresadas en la región del Maule por trastornos de ansiedad. Ustedes pueden ver ahí la curva que también se aproxima a la normalidad hacia fines de julio.

Ahora vemos a la región del Biobío, donde tenemos un aumento, al final del período, del número de trastornos de ansiedad.

Aquí hay que tener en consideración un tema que es muy importante y que tiene que ver con el acceso.

No podemos decir que estas personas que concurren a la atención necesariamente sean las únicas que tienen problemas, sino que hay un problema que tiene que ver con los accesos y con la calidad de los sistemas de comunicación que están deteriorados, los lugares donde se realiza la atención y todo eso. Por eso, tenemos que ser cuidadosos en la interpretación de estas cifras.

A continuación, vemos cómo va el plan de protección de la salud mental a estas alturas.

A febrero de 2010 se contaba con un plan nacional.

El sismo fue realmente complejo y generó una mayor cantidad de dificultades que las que estaban contempladas en el plan original. Por lo tanto, se debió revisar el plan en septiembre de 2010 y hacer uno nuevo adaptado a la gravedad de lo que había ocurrido.

En este minuto se recibe cooperación de la Agencia Japonesa para la Salud y la OPS, que nos está ayudando en el perfeccionamiento del plan.

Esperamos en el transcurso del 2011 tener una formalización y la capacitación de los equipos de salud, bajo el mismo sistema on line, para poner en práctica este plan.

Es cuanto puedo informar.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Muchas gracias, señor subsecretario.

Tiene la palabra el diputado señor Romilio Gutiérrez.

El señor GUTIÉRREZ (don Romilio).- Señor Presidente, quiero agradecer la exposición del subsecretario y el esfuerzo hecho por el Ministerio de Salud para cumplir con este aspecto causado por el terremoto del 27 de febrero

de 2010 y que muchas veces se pasa por alto en las discusiones sobre el proceso de reconstrucción.

Entendiendo el esfuerzo que se está haciendo, me gustaría saber si el ministerio tiene algún plan especial para trabajar con las familias que perdieron a seres queridos, alrededor de 532, y con las familias que tienen desaparecidos a algunos de sus integrantes.

En los reportajes y en las noticias podemos apreciar que el dolor es mucho mayor que sólo el efecto del terremoto.

¿Hay algún trabajo especial focalizado en ese grupo de personas que fueron afectadas por el terremoto del 27 de febrero?

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Con el propósito de hacer más dinámico el trabajo, vamos a hacer una primera ronda de preguntas y luego le voy a dar la palabra al señor subsecretario para que responda la sucesión de consultas.

Tiene la palabra el diputado Cristián Campos.

El señor CAMPOS.- Señor Presidente, constantemente hemos estado viendo lo relacionado con los subsidios, pero nos hemos dado cuenta de que en las zonas afectadas esta materia es muy importante para las familias. Tal vez, la más importante luego de la solución habitacional que esperan.

De la exposición se desprende que existe una carencia de psiquiatras disponibles para trabajar en este ámbito, principalmente por las remuneraciones. Por ello, por su intermedio, señor Presidente, quiero pedir al Ejecutivo que haga un esfuerzo adicional, porque desde el punto de vista del ingreso no es atractivo para esos profesionales ver estos problemas. Sin embargo, es importante que la persona que va con un ataque de ansiedad termine finalmente teniendo una solución, un tratamiento.

Le pediría una consideración especial para las zonas del borde costero, que existiera un programa adicional, conocido por las familias, porque muchas veces no se enteran de los programas que tienen a su disposición.

Ayer, estuve en Centinela, en la comuna de Talcahuano, a la que represento, y la gente, además de pedir su solución habitacional, solicitaba acudir con los adultos mayores al Cesfam más cercano, porque me imagino que no es lo mismo tratar a un niño o a una mujer que a un adulto mayor que perdió a algún familiar. Me imagino que son tratamientos distintos.

Entonces, le pediría al Ejecutivo que hiciera un esfuerzo adicional, porque hasta hoy no se visualiza como un apoyo permanente del Gobierno en esta materia.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Clemira Pacheco.

La señora PACHECO (doña Clemira).- Señor Presidente, tengo muchas dudas porque uno no logra percibir o darse cuenta de que esas cosas se están realizando.

El subsecretario comentó que los equipos de salud mental que iban de manera normal a las distintas comunas, en algunos casos fueron incrementados con aportes en recursos humanos, pero con la falla enorme de no tener psiquiatras a cargo de esos equipos.

Si no tenemos especialistas, aunque haya otros muy loables, creo que el trabajo queda trunco y es un efecto que me preocupa enormemente.

Esto es tan importante para las personas, incluso más que lograr nuevamente tener su casa propia.

Existen distintas dimensiones. No todas las personas afectadas por algún evento reaccionan de la misma forma. Tenemos casos en que se perdió lo material, a lo cual

se agrega el miedo. No sólo existe ansiedad, hay otro tipo de efectos que se producen, por ejemplo, el temor al futuro.

Luego del terremoto, dentro de los 15 días siguientes, en Dichato murieron cinco adultos mayores por infarto cardíaco.

Entonces, me gustaría saber qué está haciendo el Ministerio de Salud como apoyo en el diagnóstico.

El diagnóstico es un proceso largo, no se hace de un día para otro y los efectos aparecen posteriormente. Incluso, diría que vamos a tener el problema de la angustia por un par de años más, que se ha acrecentado con los sismos o réplicas que han continuado y han provocado cuadros ansiosos, de angustia, de depresión, en hombres y mujeres.

¿Qué se está haciendo, efectivamente, más allá del incremento del personal?

¿Cuál es la razón por la que los médicos psiquiatras no estén en esos equipos?

¿Se están ofreciendo pocos recursos?

Creo que es un problema que hay evaluar, especialmente en lo relacionado con los estudios de diagnóstico para los niños y los efectos post traumáticos.

También me gustaría saber qué se está haciendo para precisar por grupos geográficos, porque en el borde costero también se vivió de distinta manera el impacto de la naturaleza.

Me parece que los diagnósticos se deben separar por grupos etarios afectados y quisiera fueran precisados de mejor forma.

Asimismo, me gustaría saber cuáles son los recursos humanos y materiales destinados a esa zona.

En la Región del Biobío, especialmente en mi distrito, la gente que vive en aldeas -para mí son

campamentos- no tiene agua potable dentro de sus mediaguas y debe acarrearla en baldes, algunos perdieron sus trabajos, y eso se une a otros efectos del terremoto.

Vivir en esas condiciones de hacinamiento, con techumbre que aún no ha sido cambiada y se gotea con las lluvias del verano, produce un efecto más profundo.

Me gustaría saber si hay equipos especiales dentro de los municipios que estén apoyando a las aldeas.

Por otra parte, quiero saber si existe algún plan, a mediano o largo plazo, para prevenir los efectos psicológicos luego de desastres naturales. Hemos asumido y aprendido la lección de que somos un país sísmico y que nuevamente vamos a vivir este tipo de eventos.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Pretendo hacer una pregunta muy breve.

El señor subsecretario señaló que habían aparecido distintas manifestaciones psicológicas y me gustaría saber cuáles son las principales y las más frecuentes.

El señor DÍAZ (don Jorge).- Señor Presidente, en realidad las inquietudes planteadas las tenemos todos. Partimos necesariamente del diagnóstico de que el plan de emergencia que estaba definido quedó superado por la magnitud del desastre.

Tal como se ha manifestado acá, hubo algunos aspectos de la salud mental que no estaban totalmente considerados y eso se ha realizado en la revisión del plan. Además, les hemos pedido a las agencias internacionales que nos ayuden a definirlo. Esperamos tenerlo terminado muy luego y así capacitar a nuestra gente.

Efectivamente, es necesario focalizar recursos en distintas áreas y actividades, aspecto que tenemos claro. De allí que de los cinco equipos móviles que el año pasado

teníamos en operación, en este momento contamos con recursos para aumentar la cobertura a nueve de ellos.

Para dimensionar la severidad de la situación, se realizó una encuesta dirigida a los directores de los centros de atención familiar de las regiones más afectadas, en la que manifestaron que, a su juicio, el problema más importante era la disponibilidad de mano de obra especializada. Sin embargo, la mayoría, aproximadamente el 79 por ciento, reconocía que su condición era similar a la que tenía antes del evento. Por lo tanto, definimos que a los grupos con problemas de acceso se les debía asignar los recursos que el Plan Auge tiene focalizados para los cuadros depresivos. En ese sentido, los directores de los consultorios tienen muy claro que deben orientar a las personas que requieren atención hacia esas garantías explícitas en salud.

En cuanto a la consulta formulada sobre manifestaciones psicológicas, cabe señalar que una de las principales que se observa son los trastornos de ansiedad, pero también tenemos el trastorno de estrés postraumático de aparición tardía, el que en la Provincia de Concepción ha tenido un incremento en las consultas en el último período.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- ¿Cómo se manifiesta eso?

El señor DÍAZ (don Jorge).- El trastorno de estrés postraumático produce alteraciones del sueño, de negación del evento mismo y alteraciones que hacen aparecer *flash back* - como los llaman los especialistas-, que es la aparición súbita de imágenes del momento de la tragedia, lo que persiste a lo largo del tiempo y genera problemas, porque altera el sueño y la convivencia social. Las personas que manifiestan ese trastorno tienden a aislarse socialmente, a no recordar ni a querer hablar del tema.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- En nombre de la Comisión, agradezco al subsecretario de Salud, señor Jorge Díaz por la claridad de su exposición.

A continuación, un destacado médico psiquiatra de la Universidad de Concepción nos expondrá algunos estudios y explicará la materia con su visión de especialista.

Tiene la palabra el doctor Mario Valdivia.

El señor VALDIVIA.- Señor Presidente, quiero agradecer la invitación de la Comisión.

Para los que trabajamos en salud mental, especialmente en la Región del Biobío, el bienestar emocional de los usuarios del servicio es un tema relevante, porque nos afecta a todos.

En relación con mi campo de trabajo, relacionado con niños y adolescentes, para situarlos un poco en el contexto les voy a dar a conocer dos presentaciones.

En una de ellas quiero compartir con ustedes los resultados de un estudio efectuado por un equipo interdisciplinario, principalmente de la Universidad de Concepción, pero que contó con el apoyo de la Universidad San Sebastián y los servicios de Salud de Talcahuano y Arauco, donde hicimos un estudio para medir la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en niños de quinto a octavo básico de la zona costera de la Provincia de Concepción.

La segunda presentación tiene que ver con la pregunta de qué se está haciendo. En estricto rigor, la debería hacer el doctor Carlos Haquin, pero, como trabajamos en conjunto, la haré yo. Allí contaré una par de experiencias de intervención -la primera preventiva y la segunda de tratamiento- que apunta a la atención de niños víctimas del terremoto y posterior tsunami.

En ese sentido, voy a hacer una clarificación y una digresión respecto de las manifestaciones clínicas que vive la población después de un terremoto.

Las primeras respuestas son las que tienen un carácter normal.

Si recuerdan los señores diputados, en la Región del Biobío transmitimos mucho las primeras semanas después del terremoto que era normal que la gente tuviese susto, miedo, pesadillas, que durmiera mal y que anduviera angustiada. O sea, hay una serie de síntomas emocionales que son completamente normales en el período inmediato a un evento tan grave. El planteamiento es que si se interviene adecuadamente en ese momento, esas respuestas normales, se van a resolver normalmente y no van a convertirse en patologías.

Segundo, tenemos un grupo de enfermedades, de las cuales las más mencionadas son los trastornos ansiosos, dentro de las que se encuentra el trastorno de estrés postraumático, que el señor subsecretario describió bastante bien. Sin embargo, no es el único trastorno ansioso, también están las fobias específicas, los trastornos de ansiedad generalizada y los trastornos de angustia o de pánico, que pueden aparecer como manifestaciones de respuesta emocional de carácter patológica luego de un evento tan grave como el que nos tocó vivir.

No obstante, los trastornos ansiosos no son el único tipo de respuesta, también están los trastornos del ánimo, la aparición de cuadros depresivos y en los niños también podrían tener cierta relevancia los trastornos conductuales. Por eso la gama de respuestas patológicas es variada. Ahora, lo que traigo es un estudio que hicimos a una de las manifestaciones clínicas, que es el estrés postraumático, que surge específicamente por el conflicto.

Además, como señaló el subsecretario de Salud, el departamento de psiquiatría de la Universidad de Concepción había efectuado -lo que está publicado- un estudio nacional para medir la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes antes del terremoto. Eso es un orgullo para nosotros, pues creemos que es un aporte que nos pone en el nivel de los países del primer mundo. Son muy pocos los países en vías de desarrollo que cuentan con esa información. O sea, saber objetivamente cuántos niños y niñas menores de dieciocho años, en el país, tienen patologías psiquiátricas es una cifra muy relevante.

En ese sentido, tocó la coincidencia que el estudio, en la parte de Concepción, se había hecho en diciembre de 2009 y que en febrero de 2010 se produjera el terremoto. Entonces, era una oportunidad de oro para tomar la misma población y repetirla. Ahora, el estudio se hace en octubre de 2010, no porque hayamos planificado ocho meses de *delay*, sino porque nos demoramos ese período en conseguir los recursos. Quiero dejar eso claro. Finalmente, el Departamento consiguió recursos a través de proyectos de investigación de la Universidad, puesto que no hubo ninguna agencia, gubernamental o no gubernamental que pusiera dinero llevar a cabo esa medición. Ese impacto se midió y estamos en la fase de análisis de los resultados, porque la muestra abarca gente de la costa e interior de la Provincia de Concepción. Entonces, tenemos que diferenciarlos, para ver qué cambios efectivos hubo en los expuestos a los riesgos.

Ahora les voy contar de otro estudio que hicimos, cuyo costo fue muy bajo, porque se hizo con la colaboración de voluntarios. Los departamentos de Psiquiatría y de Psicología de la Universidad de Concepción lideraron ese estudio, pero hubo un montón de estudiantes voluntarios de muchas carreras y universidades, así como voluntarias de fundaciones, las que ni siquiera sé como se llaman, y choferes que pusieron los buses para acarrear a los

encuestadores. Lo que hicimos fue un estudio para responder cuántos niños tenían estrés postraumático después del terremoto, porque no lo sabíamos. Teníamos solamente impresiones que venían desde nuestras consultas, pero todos sabemos que eso no refleja lo que pasa en la población. De hecho, probablemente la red diseñada de atención primaria que se diseño funcionó bastante bien, pero ha sido subutilizada porque la gente no acude espontáneamente. Como en los hospitales psiquiátricos no podemos esperar, menos aún en los consultorios, tuvimos que acudir a la gente. De hecho, la experiencia demuestra que lo que hace el equipo es acudir a la gente y no esperar que vengan.

Creo que efectivamente se dotó de bastantes recursos a la atención primaria en materia de capacitación, pero creo que faltó proactividad en salir.

Veamos los resultados de esta investigación.

Se realizaron entrevistas uno a uno con los niños, y las siguientes observaciones son ejemplo de ello:

"El niño cree que el mundo se va a acabar. Cuando le hablan del terremoto le duele el estómago, le late fuerte el corazón, continúa con pesadillas y le cuesta conciliar el sueño.

"Continúa con miedo, recuerda mucho lo sucedido el día del terremoto, pues casi la toma la ola; siente dolor de estómago y suda cuando recuerda, está muy preocupada y alerta."

Esas eran las observaciones que hacían los encuestadores en relación con lo que relataron algunos niños, lo cual fue medido seis meses después del terremoto.

"Continúa con miedo, su padre perdió su bote, tiene pesadillas y le cuesta dormirse, aunque tiene buen ánimo."

"Continúa con miedo y no quiere pensar más en el terremoto, pero no puede. Quisiera recibir ayuda."

Aquí estamos hablando de niñas y niños de 5° a 8° básico, los que manifestaron lo que estoy señalando seis meses después del terremoto.

"Cuando está solo o sin la mamá siente temor a que ocurra una catástrofe nuevamente. Lloro en la entrevista.

"Le gustaría tener ayuda para poder olvidar las imágenes que se le vienen a la mente de vez en cuando. Tiembla al hablar de ciertos temas.

"Está con mucho temor, piensa que en cualquier momento ocurrirá otro sismo peor. Los papás no hablan de lo ocurrido y no la escuchan cuando ella quiere hablarlo.

"Le cuesta ser feliz ya que no tiene nada de lo que tenía antes. Su papá perdió el trabajo y su mamá se asusta mucho cuando tiembla.

"Se nota muy deprimida, con rabia por haber perdido todo. Ya no puede estudiar."

Estas son viñetas que los encuestadores anotaban del relato que hacían los niños cuando eran entrevistados acerca de esto.

¿Qué fue lo que hicimos nosotros en ese estudio?

Diseñamos una muestra de doce localidades de la zona costera principalmente, correspondientes a Coliumo, Santa Clara, en Talcahuano, Dichato, Buchupureo, Cobquecura, Tumbes, Tirúa, Arauco, Cañete y Tubul; y dos localidades que no son costeras, como Concepción y Coelemu. Existe una razón por qué se seleccionaron dichas localidades.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Señor Valdivia, disculpe mi interrupción, pero en dos minutos más deberemos ir a votar y le pediremos que nos espere, para luego continuar con la sesión.

Continúa con el uso de la palabra.

El señor VALDIVIA.- La razón por la que se eligieron esas localidades no fue metodológica, sino porque en ellas había equipos trabajando. Esa investigación se hizo de la mano con los equipos locales, porque no podíamos tener hallazgos y que después éstos quedaran en el aire.

Entonces, en todas esos lugares la universidad tenía un equipo trabajando o había contacto directo con la gente de los servicio de salud, razón por la que se eligieron esas localidades.

En algunos lugares, se tomó a todos los niños de 5° a 8° básico, y en otros se tomó una muestra dependiendo el tamaño, aplicándose una escala, la CPSS, que se utiliza para medir y dar síntomas de estrés postraumático, y además una ficha, que se usa para medir el impacto que había tenido el terremoto en cuanto a dónde estaba la noche del terremoto y si había visto o no el tsunami, es decir, una serie de antecedentes que luego pudimos cruzar con el resultado de la encuesta.

Como esa escala mide síntomas, no hay un punto de corte para Chile, en el sentido que nos diga que de un punto específico hacia arriba, está la enfermedad. Por lo tanto, lo que hicimos fue utilizar los criterios que usan los valores de clasificación, para aproximarnos a una cifra relativa a la enfermedad y una cifra relativa a la sintomatología relevante.

La sintomatología relevante es la sintomatología suficientemente importante para causar alteraciones en la vida de la persona, es decir, cuando es motivo de consulta y requerir apoyo.

Ahora estamos trabajando con métodos estadísticos para desviar un punto de corte específico, pero todavía esa parte no está hecha.

Entonces, estamos trabajando con gente que tienen niñas y niños con síntomas lo suficientemente importantes

para interferir en su vida cotidiana, afectándolos al punto de no poder realizar una vida normal, de tal forma que los lleve a ser motivo de consulta.

No estamos seguros que esa sea exactamente la enfermedad, no obstante lo cual no hay duda que requieren apoyo y tratamiento.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Se suspende la sesión.

*-Transcurrido el tiempo de la suspensión:*

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Se reanuda la sesión.

Continúa con la palabra el médico psiquiatra y académico de la Universidad de Concepción señor Mario Valdivia.

El señor VALDIVIA.- El funcionamiento de la escala que se aplicó es el siguiente. Se pregunta por una serie de síntomas que le hayan ocurrido a un niño en las últimas dos semanas, graficado cada síntoma en un termómetro en el cual el niño cuantifica la respuesta.

Usamos criterios muy estrictos, en el sentido de que solamente aceptábamos como respuesta positiva entre 4 a 9 veces o más en las últimas dos semanas, para plantear la existencia de la enfermedad de estrés postraumático.

Hemos sido muy rígidos y probablemente muchos de estos criterios dejan afuera a muchos, de manea que creamos la segunda categoría, denominada subumbral, que corresponde a los niños que tienen síntomas suficientemente importantes para decir que tienen problemas, aunque tal vez pudiera ser que no dieran o alcancen los criterios para la enfermedad.

En todo caso, eso se podrá determinar cuando tengamos los resultados de lo que denominamos trastorno postraumático y subumbral.

Los resultados son los siguientes.

Cuando se mide la muestra total y suma los valores de estrés postraumático puro, más subumbral, nos da un total de 21,2 por ciento. Es decir, a los 6 meses del terremoto, el 21,2 por ciento de los niños encuestados -correspondientes a alrededor de mil niños entrevistas en la zona costera- tenían síntomas lo suficientemente importantes para definirlo como un problema.

Cuando subdividíamos las muestras, entre niños y niñas, el 16 por ciento correspondía a varones y el 27, 1 por ciento a niñas. Las niñas se ven más afectadas, lo cual coincide con los estudios internacionales.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Me podría decir qué dicen los anexos de los estudios internacionales.

El señor VALDIVIA.- Muestran que es más prevalente el estrés postraumático en las mujeres que en los varones.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- ¿Ante todo ese tipo de eventos críticos?

El señor VALDIVIA.- Esa pregunta es muy importante, porque efectivamente cada evento es absolutamente distinto.

Por eso, cuando uno lee los resultados se encuentra con cifras muy dispares, porque hay eventos que efectivamente afectan más a varones que a mujeres, lo que está dado por la naturaleza del evento.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Sin embargo, esos resultados se refieren a una situación de emergencia.

El señor VALDIVIA.- Cuando uno habla de trastorno de estrés postraumático -reforzando lo que decía el subsecretario- el primer requerimiento es que la persona haya vivido una experiencia grave traumática.

El trastorno de estrés postraumático no se produce porque el equipo favorito perdió o porque lo retaron en la casa, sino surge como una respuesta patológica al haber experimentado una situación grave, como un terremoto, una violación, un atraco con violencia.

Cuando subdividimos en edades esta muestra que va de 5° a 8° básico, efectivamente aparecen con una pequeña menor magnitud los adolescentes, pero esa diferencia no es estadísticamente muy significativa. En cambio, la diferencia entre varones y damas sí lo es.

Encuestamos doce localidades distintas. En la diapositiva aparecen las tres que tenían la puntuación más alta y las tres que tenían la puntuación más baja. Las tres más altas corresponden a Dichato, Tubul y la población Santa Clara de Talcahuano.

El señor CAMPOS.- Tomaron muestras también de Tumbes.

El señor VALDIVIA.- Sí, pero Tumbes no tiene una tasa tan alta como las otras.

Lo señalado es sumamente interesante, porque hablamos de las poblaciones más afectadas, lo cual es casi obvio.

En cambio, las localidades que tuvieron bajas tasas fueron Cobquecura, Buchupureo, que por su orientación no tuvo tanta destrucción, y Coelemu, que no es localidad costera. A propósito de eso, debo decir que cuando uno iba a entrevistar a Coelemu, era impresionante lo bien que estaban los cabros.

Un paréntesis. Afortunadamente la película no se estrenó en Dichato, sino el preestreno se pospuso hasta abril. Sin embargo, creo que la autoridad debió haber tenido una postura un poco más clara en torno a eso, porque efectivamente el riesgo era muy alto. Afortunadamente, no se hizo, pero creo que faltó un poco de decisión.

Luego empezamos a ver qué factores se asociaban a una mayor cantidad de síndrome de estrés postraumático.

Encontramos que el sexo femenino efectivamente se asociaba más a ese tipo de estrés y que existió la sensación de tener mucho miedo esa noche. Cuando se les preguntó y respondieron que se acordaban con mucho miedo, ese era un factor fuertemente a la presencia de síntomas.

Los datos siguientes son interesantes. Si bien el peso de la asociación no es tan alta, sí es significativa, como la pérdida de empleo de parte de los padres después del terremoto y el tener que cambiar el lugar físico de la escuela.

Cuando se habla de estrés postraumático uno tiende a asociarlo a un evento específico, pero creo que en el terremoto nos pasa que se produce una suerte de estrés crónico, en que la persona vive día a día un pequeño estrés; que no es comparable al de la noche del terremoto.

Vivo en San Pedro y trabajo en Concepción, de manera que hasta octubre del año pasado todos los días cruzaba el puente y tenía que pasar el taco o me tenía que ir mucho más temprano para cruzar. Mi rutina cambió. Lo mío es anecdótico, da lo mismo, pero para mucha gente su rutina cambió bastante más, ya que para el que perdió el bote no pudo salir a trabajar, el niño que tuvo que ir a otra escuela, en un horario alterno durante la tarde, porque su escuela ya no existe. O sea, los cambios de cotidianidad pueden ser fuente de estrés. Es interesante porque esas dos preguntas plantean consecuencias que no eran de esa noche específica, ya que también hay consecuencias posteriores que se asocian a un medio de incidencia de estrés postraumático, como el hecho de que el tsunami haya llegado cerca del lugar en que se encontraban, el haber sufrido daños producto del tsunami o del terremoto, el haber visto incendios, personas heridas, la sensación subjetiva de que esa noche pudo morir,

que estuvo en riesgo, y el haber sido víctima de robos o intentos de robo, eran factores asociados fuertemente al estrés postraumático.

Esos son los resultados de la investigación: primero, para que guarden en la memoria, el 21 por ciento, 1.120 heridos, con el grado suficiente para ser motivo de consulta. Segundo, hay diferencias de prevalencia, dependiendo del lugar en que vivía la persona y respecto de cómo reaccionó y qué le pasó.

Ahora, quiero presentar brevemente un trabajo en el que he trabajado tangencialmente, la estrella no soy yo, sino un equipo multidisciplinario, encabezado por el doctor Carlos Haquin, psiquiatra infantil del Hospital Las Higueras, donde hay dos intervenciones muy parecidas, pero con finalidades diferentes. La primera fue realizada por el equipo compuesto por el psiquiatra infantil, Carlos Haquin; el clown terapéutico, Juan Cifuentes, y el profesor de artes visuales, Job Cariaga. Dicho trabajo se realizó, para ser honestos, en horario y con financiamiento del hospital, pues son funcionarios y no eran labores voluntarias, aunque superaron notablemente su jornada de trabajo y partieron diez días después del terremoto visitando localidad por localidad, aldeas costeras y caletas de pescadores, como Dichato, con un programa de intervención que usaba técnicas de risoterapia y de clown terapéutico, que son técnicas circenses, pero no para distraer a la gente. Contrariamente a lo que uno podría imaginar, que unos payasos van a contar chistes para que la gente se olvide, se escudaban en el payaso para hablar lo que pasó. Ese modelo de interacción se aplicó en una serie de localidades, durante varios meses, y se logró la participación de las comunidades, se detectó personas con riesgo y se derivó a atención. Las personas participaron y elaboraron respuestas propias a través de juegos, dinámicas o rutinas. El enfoque apuntaba a los niños, pero estuve en alguna de esas instancias y terminaba participando la

comunidad entera. Estamos hablando de comunidades devastadas por el tsunami, y el objetivo final era que la comunidad fuera capaz de "hacer la ola", que era visto como algo un poco transgresor, pero la gente, finalmente, se juntó y participó.

Fue una experiencia muy linda y poderosa, que la clasificaría como preventiva, pues eran los primeros meses luego del terremoto y se apuntó a la población general.

En la presentación se observa el listado de los lugares visitados, desde Buchupureo hasta Dichato, toda la zona costera.

Después de esta intervención, que llamamos preventiva, el doctor Haquin formó parte del equipo que realizó la investigación, teníamos el resultado de la investigación, identificamos niños con síntomas suficientemente relevantes para ser intervenidos. En algunas localidades, por ejemplo, en Dichato, teníamos contacto directo con el equipo de salud mental y les entregamos la nómina y coordinamos con ellos, pero el equipo del Hospital Las Higueras y del Servicio de Salud Arauco consiguió financiamientos con los respectivos servicios de salud y con fondos de la embajada alemana, con el objeto de realizar una nueva intervención apuntada a los niños detectados por la encuesta. No se pudo realizar en todas las localidades, sólo en seis: Llico, Tubul, Tumbes, Santa Clara, Cobquecura y Buchupureo, y se trabajó con niños afectados, con puntuación alta. La intervención consistió en siete visitas del equipo con técnicas circenses, con máscaras, expresión corporal, títeres, ya que no se estaba trabajando con la población general, sino con niños que habían dado puntuación alta, ya no en una intervención preventiva, sino en una terapéutica focalizada en un grupo con síntomas, a través de un proceso de trabajo en que se movilizaba a esos niños, como hablarles de lo vivido en la orilla del mar, dando espacios para

elaborar adecuadamente la experiencia. Se logró una muy buena inclusión de la gente, una muy buena sensación subjetiva, pues los niños lograron hablar de sus miedos y jugar con ellos. Los miedos no se olvidan, pero se pueden controlar. Creo que eso es muy importante desde el punto de vista terapéutico, pues cuando se viven experiencias graves no se puede olvidar lo que pasó, pero se puede dar un sentido distinto, lo que se puede lograr hablando y trabajando a través de los juegos, de las técnicas de circo, de teatro, y se logró que los niños hicieran eso. Nuestra siguiente tarea es volver a evaluar a estos niños, con el objeto de medir objetivamente la diferencia, pero la impresión subjetiva del equipo es que hubo un cambio.

En la presentación se observan algunas fotos de las intervenciones realizadas en Caleta Tumbes. Fue una experiencia muy valiosa y lamento mucho que el doctor Haquin, por razones personales, no haya podido asistir a la Comisión, pero espero haber transmitido la magnitud de esa intervención.

Muchas gracias.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Doctor Valdivia, agradezco sinceramente su presentación.

Tiene la palabra la diputada Clemira Pacheco.

La señora PACHECO (doña Clemira).- Señor Presidente, agradezco al doctor Valdivia su exposición, pues fue superclaro respecto de los recursos y que hay un tema de intervención, porque el diagnóstico está en el borde costero, en el que hay un trabajo con más de mil niños afectados que tienen un porcentaje alto, incluso por localidades.

Entonces, sugiero al subsecretario que considere ese estudio y que se le dé la misma importancia que a los otros temas sobre la reconstrucción, con el objeto de contar con los recursos necesarios y los equipos. Planteo esta inquietud con el fin de que se invierta en localidades donde

no se ha hecho esta intervención, porque una cosa es el diagnóstico, pero otra la intervención. Faltan muchas localidades, incluso, para diagnosticar.

Entonces, repito, me gustaría que el señor subsecretario acoja esa inquietud, pues hay profesionales y universidades en las distintas regiones que nos pueden acompañar.

Quiero destacar algo muy importante que dijo el doctor Valdivia, en el sentido de que a la gente, en general, le cuesta mucho ir al consultorio a hablar de este drama. Creo que a todas las personas les pasa cuando tienen angustias y temores. Me parece que debemos prepararnos y el Ministerio de Salud debe hacer inversiones de todo tipo para acudir en ayuda de la gente.

Por otra parte, hay localidades, como Tomé, donde no hay psiquiatras, se planteó que muchos eran derivados a los hospitales en las comunas, pero un psiquiatra para una población de más de 54 mil habitantes es imposible, más aún con los hechos ocurridos, y, además, el destinado a esa zona no está contratado.

El señor ULLOA (Presidente accidental)- Tiene la palabra el diputado Cristián Campos.

El señor CAMPOS.- Señor Presidente, no puedo dejar de agradecer nuevamente al doctor Valdivia, porque con el diagnóstico que nos entrega queda claro que tenemos mucho por hacer, porque, claramente, hoy está identificado lo que está ocurriendo en Talcahuano y en Santa de Clara en que la gente sigue muy afectada.

Tenemos una institución seria, profesionales serios que nos vienen a decir: Mire, esto es lo que encontramos con escasez de recursos. Creemos importante pasar a la otra etapa, que es definir cómo intervenir en esta materia. El consultorio en Tumbes no es de fácil acceso para sus habitantes; tampoco lo es el de Santa Clara, particularmente,

porque hay una comunidad de muchos adultos mayores que vieron como se inundó su población. Como decía el diputado Ulloa, a diferencia de Tumbes, a lo mejor vivieron ese estrés de manera distinta, porque el acontecimiento del 27 de febrero cambió el eje de la población y se convirtió en miedos.

Hace poco se instalaron las escuelas, pero no volverá a ser lo mismo si no tenemos el apoyo por parte del Ministerio de Salud. Hay que comprender que los profesionales no llegarán si no les pagan las remuneraciones que corresponden. Segundo, si no tenemos un tratamiento más integral... Los niños están ahí y sabemos donde ir a buscarlos para tratarlos.

Agradezco al profesor y al doctor Valdivia. El desafío queda en manos del Ejecutivo para seguir avanzando en una materia que es muy importante.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Tiene la palabra el subsecretario señor Jorge Díaz.

El señor DÍAZ.- Me gustaría sumarme a las felicitaciones al doctor Valdivia y a su equipo de trabajo.

Quiero hacer mención a dos elementos que me parecen muy importantes y que me tocó vivenciar no hace mucho tiempo. Participé en el rescate de los 33 mineros en Atacama. Fui el médico responsable de su atención durante todo el período. Debo reconocer que la combinación público-privada es sumamente útil, tal como el doctor Valdivia lo reconocía.

Los recursos de los servicios de salud local más los aportados por la universidad lograron generar ese beneficioso tratamiento. Lo mismo ocurrió con los mineros.

Sólo a modo de ilustración y para reforzar lo que decía el doctor Valdivia -es evidente la falta de información a nivel de la literatura respecto al síndrome de estrés postraumático-, debo comentarles que, en el caso de los 33 mineros de Atacama sometidos a un estrés que fue distinto,

único, pero prolongado en el tiempo, de todos ellos, 32, bajo la misma escala del CPSS, que es la que se utilizó en ese minuto, desarrollaron un cuadro de estrés postraumático o síntomas relacionados. O sea, el 99 por ciento de ellos estuvo afectado.

En la última evaluación realizada a los mineros, después de seis meses de ocurrido el evento, el 30 por ciento todavía tenía un nivel de efectos, lo que, comparado con las cifras que muestra el doctor, se ve bastante más alto. Y eso que este grupo, por ser muy acotado y pequeño, desde el inicio del proceso tuvo un apoyo extraordinariamente alto en lo que a tratamiento y rehabilitación se refiere.

Por lo tanto, cuando uno evalúa la posibilidad de intervenir en esos casos, hay que tener en consideración que no siempre la intervención tiene el mismo efecto en cada una de las personas, en cuanto a la recuperación.

Es un tema que nos interesa destacar y esperamos los resultados de la evaluación que está llevando a cabo el doctor y los otros grupos que están trabajando en esto, para hacernos una idea más formal con respecto a los resultados.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Tiene la palabra el doctor Valdivia.

El señor VALDIVIA.- Sólo un par de cosas de las cuales hay que ir sacando experiencia. Efectivamente, lo que ha pasado en la Octava Región, en la provincia de Concepción, en este último año nos ha dejado muchas enseñanzas. Es una de nuestras preocupaciones. En los equipos de trabajo hay gente que viene del mundo académico y mucha que, simultáneamente o independientemente, viene del sector salud.

Entonces, preocupa que la investigación sea realizada con el apoyo y en profunda vinculación con los equipos de atención primaria; no sólo por un tema ético, sino también práctico.

Por lo tanto, una primera reflexión tiene que ver con la efectividad de los modelos de intervención.

A pesar de ser funcionario de los servicios de salud de Concepción, me alegro mucho de que el evento haya sido en Talcahuano y no en Concepción. El modelo de atención que existe en Talcahuano tiene un fuerte énfasis en la atención primaria con una gran red, en tanto que los niveles secundario y terciario no son tan poderosos, sin ser malos; pero, claramente, hay fortaleza en lo comunitario y en los equipos locales.

Todo eso permitió y ha permitido intervenciones que, aunque son incompletas, insuficientes, se pueden utilizar. Cuando llegaban a trabajar los *clowns* itinerantes, se encontraron siempre con equipos locales que ya estaban validados en la comunidad.

En cambio, el modelo de Concepción, que es bastante más centrado en los niveles secundario y terciario, probablemente, no habría dado el ancho para responder a una catástrofe de esas características.

El señor ULLOA (Presidente).- No tenían la expertise en lo primario.

El señor VALDIVIA.- Exacto. Creo que es muy importante poner énfasis en lo comunitario, es decir, el ente primario.

Efectivamente, hacen falta especialistas, pero una red bien pensada requiere menos que una red que se centra demasiado en lo secundario y terciario.

Estamos tomando conciencia en las universidades para formar a nuestros médicos generales y enfermeras con conocimientos que les permitan ser resolutivos, porque, ante una catástrofe de esa magnitud, no tenemos suficientes psiquiatras. No los tendríamos, aunque les pagáramos oro. Deberíamos generar un sistema eficiente y que mejore la

capacidad de resolución. Eso tiene que ver, incluso, con el prestigio de funcionarios en la atención primaria. Necesitamos enfocarnos en la atención primaria, contar con gente con vocación y que no esté en antesala para otra cosa; es decir, que estén dispuestos a hacer carrera y crear escuela.

Por otra parte, hace falta que las autoridades locales de salud apoyen y respalden las iniciativas. Efectivamente, uno de los múltiples objetivos de esta investigación fue demostrar que esas intervenciones eran útiles.

Algunos han criticado que van disfrazados de payasos, que van a jugar y a pasear. No es así. Simplemente, eso crea impacto. Hace falta aunar recursos y dar espacios para intervenir.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Muchas gracias, doctor.

Puedo decir que conozco al doctor Haquín y su esquema de trabajo, que es fantástico.

Reitero lo que han dicho mis colegas, en el sentido de que sería muy bueno profundizar el trabajo que hizo la Universidad de Concepción y mimetizarlo con lo que está haciendo el Ministerio, con el objeto de tener resultados mucho más extensos, intensos y también mejoras.

Tiene la palabra la diputada señora Clemira Pacheco.

La señora PACHECO (doña Clemira).- Quiero pedir al señor subsecretario que, con esos datos y muestras que hay, se procure evaluar y hacer un plan por regiones, o para las comunas más afectadas, ya que, con esa información, se podría hacer una intervención, saber los costos que ello significaría con las redes sociales, con los que tienen servicios, etcétera.

Me gustaría que el Ministerio de Salud lo tuviera a bien y, en este caso, el subsecretario, que nos lo haga llegar como una idea en orden a realizar intervenciones en el borde costero en el futuro.

El señor ULLOA (Presidente).- Agradezco a nuestros invitados su concurrencia a esta Comisión.

Se suspende la sesión.

*-Transcurrido el tiempo de suspensión:*

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Continúa la sesión.

Señores diputados, se extendió el mandato de esta Comisión, sin perjuicio de lo cual se exigió hacer un preinforme.

La Secretaría ha hecho un gran trabajo. Tiene dos preinformes. Uno muy extenso, que contempla todo lo que se ha hecho en detalle; tiene cerca de 200 páginas. Además, hizo una síntesis de aquel que tiene apenas 40 páginas.

Sugiero facultar a la Mesa y a la Secretaría, con el propósito de tomar esta síntesis y dar una cuenta para ajustarnos a lo que pidió la Sala.

Básicamente, aquí está lo que se ha hecho, el número de personas que ha asistido a la Comisión, en fin.

Objetivamente, lo que nos va a quedar para el final es hacia dónde vamos y qué queremos, pues no ha existido debate. Esperamos que en algún minuto exista, para ser incorporado en el informe final.

No podemos dejar de cumplir con el mandato que nos ha exigido la Sala, cual es presentar un preinforme de avance de lo que hasta aquí se ha hecho.

Reitero, pido a los integrantes de esta Comisión que me permitan incorporar como preinforme la síntesis que nos tiene preparada la Secretaría.

Tiene la palabra la diputada Clemira Pacheco.

La señora PACHECO (doña Clemira).- Señor Presidente, ¿qué plazo tenemos para hacer entrega del preinforme?

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Hasta el 17 de marzo.

La señora PACHECO (doña Clemira).- Señor Presidente, sería bueno tener la posibilidad de leer dicha síntesis y la próxima semana darnos por lo menos unos 20 minutos para decidir si nos parece bien, si le falta algo, o poner énfasis en algún punto.

El señor CAMPOS.- ¿Hay algún invitado para la próxima sesión?

La señora SILVA, doña María Eugenia (Secretaria).- No, señor diputado.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- No citemos a nadie para la próxima semana.

Pido a la señora Secretaria que envíe el preinforme por correo electrónico, con el objeto de que las señoras diputadas y los señores diputados puedan leerlo y así decidir.

La señora PACHECO (doña Clemira).- Señor Presidente, sugiero que la próxima semana acordemos invitar a la Ministra de Vivienda para la subsiguiente sesión. Hubo varios puntos que en su momento acordamos con el Presidente titular. Uno de ellos era nuestro trabajo en el distrito. Pero otro era el hecho de que damos prioridad al tema de vivienda. También debemos programar las visitas a terreno.

El señor ULLOA (Presidente accidental).- Señora diputada, sugiero que tomemos la decisión la próxima semana.

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

*-Se levantó la sesión a las 13.38 horas.*

ANIBAL FIGUEROA AZAGRA,  
Redactor  
Jefe de Taquígrafos de Comisiones.