

6

repertorios

Perspectivas y debates
en clave de Derechos Humanos

Salud mental

Secretaría de
Derechos Humanos



Ministerio de Justicia
y Derechos Humanos
Argentina

6

Repertorios. Perspectivas y debates
en clave de Derechos Humanos

Salud mental

textos de

Fernando Ulloa
Mariana Wikinski
Mariana Biaggio
Rosa Matilde Díaz Jiménez
Marcelo Marmer
Julieta Calmels
Fabiana Rousseaux
Alicia Stolkiner
Alicia Lo Giúdice
Eugenia Bianchi
Macarena Sabin Paz
Laura Sobredo

Autoridades

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Vicepresidenta de la Nación

Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Justicia y Derechos Humanos

Martín Soria

Secretario de Derechos Humanos

Horacio Pietragalla Corti

Subsecretario de Protección y Enlace

Internacional en Derechos Humanos

Nicolás Rapetti

Esta publicación fue realizada por la
Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio
de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Compiladores

Leonardo Gorbacz y Adelqui Del Do

Coordinación de la colección

Andrea Copani y Mara Palazzo

Corrección

Valeria Riso

Diseño de tapa

Mariana Migueles

Diagramación

Candela Gopar y Mariano Castro

www.argentina.gob.ar/derechoshumanos

Las opiniones expresadas en este cuadernillo son responsabilidad
exclusiva de los autores y las autoras y no representan necesariamente
la posición de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

Secretaría de Derechos Humanos de la Nación

Repertorios: perspectivas y debates en clave
de Derechos Humanos: 6

Salud Mental

1a ed. 2da reimp. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2023.

94 p.; 21 x 29,7 cm. - (Repertorios: perspectivas
y debates en clave de Derechos Humanos)

ISBN 978-987-4017-53-6

1. Salud Mental. I. Título. CDD 362.2042

índice

- 1 Prólogo
Horacio Pietragalla Corti
- 3 Introducción
Leonardo Gorbacz y Adelqui Del Do
- 7 Eje 1: Consecuencias psicológicas del terrorismo de Estado
- 9 Pensar el dispositivo de la crueldad: la encerrona trágica en situaciones de tortura y exclusión social
Fernando Ulloa
- 15 El método de desaparición forzada y los juicios de lesa humanidad.
Diálogo entre la dimensión jurídica y la dimensión subjetiva. Especificidades del caso argentino
Mariana Wikinski, Mariana Biaggio, Rosa Matilde Díaz Jiménez y Marcelo Marmer
Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)
- 31 Las dimensiones del trauma. Reflexiones desde la experiencia argentina
Julieta Calmels
- 43 Memoria y verdad. Los juicios como rito restitutivo
Fabiana Rousseaux
- 55 Historia, Memoria y Filiación: la apropiación de niños como política del terror
de Estado y los procesos actuales de restitución de identidad
Alicia Stolkiner
- 67 La práctica psicoanalítica en el "Centro de atención por el derecho
a la identidad de Abuelas de Plaza de Mayo"
Alicia Lo Giúdice
- 77 Anexo. Protocolo de Intervención para el Tratamiento de Víctimas-Testigos
en el marco de procesos judiciales
Secretaría de Derechos Humanos
- 95 Eje 2: Salud mental, violencias y derechos humanos
- 97 Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico
Eugenia Bianchi y Macarena Sabin Paz
- 119 El acompañamiento a víctimas durante el proceso de justicia.
Reflexiones desde la experiencia
Laura Sobredo
- 129 Presentación ante Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
Organización Naciones Unidas
Julieta Calmels (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires)
- 155 Inimputabilidad y medidas de seguridad a la luz de los estándares
del Derecho Internacional de los Derechos Humanos
Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad,
Secretaría de Derechos Humanos de la Nación
- 175 Anexo I. Derechos de personas usuarias de servicios de salud mental
Preguntas frecuentes
Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad,
Secretaría de Derechos Humanos de la Nación
- 181 Anexo II. Protocolo de abordaje integral a víctimas de violencia institucional
Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Prólogo

El terrorismo de Estado ha tenido un fuerte impacto en nuestra sociedad que persiste hasta el día de hoy. En las relaciones del conjunto de la comunidad han quedado profundas marcas originadas en ese período tan terrible, no sólo por las violaciones sistemáticas a los derechos humanos, sino también por la falta de respuestas hacia las y los familiares de las víctimas durante mucho tiempo, incluso en democracia, donde por muchos años la impunidad negó esa reparación que necesitaba nuestra sociedad. Con sus avances y retrocesos, los juicios por crímenes de lesa humanidad han generado efectos de reparación colectiva de esas heridas, aportando a la construcción de una memoria que no sólo implica recordar el pasado, sino fundamentalmente apostar a un futuro donde la repetición de esos hechos no tenga lugar.

Desde el comienzo de este camino, los profesionales del campo de la salud mental tuvieron un rol fundamental y destacado, en primer lugar porque fueron atacados por esa dictadura militar al acompañar a las víctimas directas y sus familiares en momentos de dolores insoportables, pero también por su aporte en el recorrido de transformación del sufrimiento individual en la lucha colectiva una vez recuperada la democracia. Desde las organizaciones de la sociedad civil y la labor de profesionales comprometidos con el país y con sus habitantes, a la altura de lo que la historia demandaba, la solidez y constancia de ese acompañamiento fue fundando un nuevo campo de intervenciones y experiencias acumuladas que se han ido transmitiendo a nuevas generaciones de jóvenes que continúan ese camino. El Estado, una vez más, se ha nutrido de esos avances de nuestro pueblo y ha tomado a su cargo también buena parte de esas acciones tan imprescindibles. No sólo con la creación del Centro de Asistencia a las Víctimas de Terrorismo de Estado “Dr. Fernando Ulloa” en 2011, sino también con la apuesta a la construcción de equipos y programas a lo largo y a lo ancho de todo el país.

Pero la relación entre derechos humanos y salud mental no termina ahí, sino que ha abierto nuevos debates y nuevas batallas contra otras formas de violencias estatales que persisten aún en democracia: la violación de derechos humanos en el sistema manicomial de salud mental y el acompañamiento a las víctimas de violencia institucional. En ese marco, convencidos de que la lucha contra las dictaduras necesariamente implica la lucha contra toda forma de violencia estatal, y que la democracia es el piso irrenunciable desde donde es posible lograr un sistema de salud mental respetuoso de los derechos humanos, ese enorme y potente colectivo ha logrado a través de la participación y el activismo una gran conquista de nuestros tiempos: la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, durante el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner.

Este cuadernillo se enmarca en este largo camino, acercando una selección de textos que abordan tanto el acompañamiento a víctimas y familiares del terrorismo de Estado y la violencia institucional como la implementación de la Ley de Salud Mental, incluyendo también algunos desafíos pendientes que permitan una transformación profunda del sistema de salud mental.

La agenda de los derechos humanos en materia de salud mental es amplia y nuestro compromiso, desde la función pública y desde la militancia, es acompañar a quienes día a día trabajan para garantizar los avances en ese campo. En momentos en que los discursos de odio, autoritarios e insolidarios intentan canalizar la desesperanza de nuestros y nuestras compatriotas, volvemos a apelar a la memoria y a la construcción colectiva porque verificamos que, más allá de tantas necesidades no satisfechas y todo lo que aún nos falta por hacer, los avances sólo han sido posibles cuando trabajamos juntos partiendo de las premisas de que la única lucha que se pierde es la que se abandona y que siempre la Patria es el Otro.

Horacio Pietragalla Corti
Secretario de Derechos Humanos de la Nación

Los autores

Leonardo Gorbacz

Psicólogo (UBA). Integró el equipo de salud mental del Hospital Regional de Ushuaia-Diputado Nacional (MC) autor de la ley nacional de salud mental- Fue Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional Interministerial en políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA), Jefe de Gabinete de Ministros del gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y se desempeña actualmente- como Director Nacional de protección de grupos en situación de vulnerabilidad de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

Adelqui Del Do

Psicólogo (UBA), Director del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa" de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Docente grado y posgrado. Ex integrante del Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Integrante del Equipo de Investigación del Informe *Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*.

Introducción

Leonardo Gorbacz
Adelqui Del Do

La ausencia del Estado de derecho, ya sea que ésta se exprese en el marco de una institución o a escala nacional, produce efectos arrasadores en la subjetividad. Por tanto, todo abordaje de la salud mental con las víctimas de esas situaciones necesariamente tiene que articularse con un trabajo político de restitución de derechos. Bajo esa premisa, hemos organizado los textos aquí presentados, que reflejan un arduo y comprometido trabajo sostenido a través del tiempo por destacados referentes del campo de la salud mental y equipos interdisciplinarios cuyas praxis han marcado un camino que aún se encuentra en construcción: el de los derechos humanos y la salud mental en Argentina.

Los equipos de organismos de derechos humanos que tempranamente pusieron el cuerpo y la escucha en el abordaje de las víctimas del terrorismo de Estado, sobrevivientes, familiares y jóvenes (hoy adultos y adultas) que fueron privados de su identidad, fundaron una práctica que dio cuenta de las coordenadas subjetivas en juego para entender y abordar las consecuencias del terror de Estado. Al mismo tiempo demostraron el efecto reparador en la salud mental que producen los procesos jurídico políticos de memoria, verdad y justicia.

Ya en democracia, algunas prácticas y lógicas totalitarias -que como sabemos sobreviven a la dictadura y también producen efectos devastadores-, deben ser abordadas con esa misma lógica. En el año 2010 se sancionó la ley de salud mental, construida con el impulso central de los organismos de derechos humanos, profesionales, usuarios y familiares, recogiendo experiencias y luchas históricas de compañeros y compañeras que también sufrieron la persecución, la desaparición y el exilio. La ley 26.657 vino a dar un marco de derechos para poder construir un sistema que no reproduzca las prácticas totalitarias y de-subjetivantes que el sistema asilar-manicomial produce en sus víctimas.

Este libro recorre parte de esa historia a partir de una división conceptual en dos grandes ejes: por un lado, el de las consecuencias psicológicas del terrorismo de Estado, que nos permite abordar la conceptualización y trabajo frente al trauma, el acompañamiento en procesos de restitución de identidad y los efectos del testimonio en los juicios, entre otros. Y por el otro, el de la salud mental, violencias y derechos humanos, en el que recorreremos algunos aspectos de suma actualidad como el abordaje interdisciplinario de la violencia institucional en democracia, las políticas efectivas de desmanicomialización, la particular situación de las mujeres y diversidades sexuales frente a las instituciones de salud mental y la cuestión de las personas con padecimientos mentales frente al sistema penal.

La salud mental ha hecho un aporte fundamental al proceso de reparación de las víctimas del terrorismo de Estado. La profundización de conceptos como "trauma" y "crueldad", la construcción de diálogos posibles entre la frialdad de algunos procesos jurídicos y la particularidad de lo subjetivo y las intervenciones frente a procesos de restitución de identidad, constituyen un capital de conocimientos fundamentales para el desarrollo de las políticas en derechos humanos.

En el inicio de la primera parte, decidimos que sea Fernando Ulloa quien inicie esta serie de artículos sobre Derechos Humanos y Salud Mental, introduciendo un análisis del dispositivo de la crueldad con dos conceptos centrales de su obra: "la ternura" y "la encerrona trágica". Ulloa se pregunta por qué y cuándo la crueldad puede originarse en lo íntimo de un ser humano, y qué condiciones y complicidades la llevan a triunfar en una sociedad. Se trata de un artículo publicado en 1998, en el diario Página 12, que conserva una vigencia central para pensar acontecimientos de la actualidad. En este sentido, cabe

destacar que los aportes teóricos y clínicos de Fernando Ulloa son fundamentales para pensar la asistencia psicológica de quienes padecieron la violencia del Estado.

El siguiente artículo, escrito por integrantes del Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), *El método de la desaparición forzada y los juicios de lesa humanidad. Diálogo entre la dimensión jurídica y la dimensión subjetiva. Especificidades del caso argentino*, plantea establecer una articulación entre la dimensión subjetiva y la dimensión jurídica para revisar las herramientas teóricas y conceptuales de la teoría psicoanalítica, para abordar la asistencia y el acompañamiento a las víctimas del terrorismo de Estado. Este artículo ofrece una sistematización del trabajo basado en la experiencia del equipo asistencial del CELS en relación a cuatro aspectos: la consideración de la desaparición forzada como tortura, el concepto de trauma, el duelo frente a la desaparición y la narración del trauma ante la Justicia.

El siguiente artículo, *Las Dimensiones del Trauma: reflexiones desde la experiencia argentina* de la Lic. Julieta Calmels, plantea tres dimensiones fundamentales para pensar el hecho traumático: lo exterior, lo singular y lo social, destacando no sólo los efectos subjetivos de la violencia institucional sino también los efectos sociales de las graves violaciones a los derechos humanos en democracia. También trabaja sobre la importancia de las políticas reparatorias iniciadas en 2003 de parte del Estado, especialmente los dispositivos de acompañamiento psicosocial para las víctimas de violaciones de derechos humanos.

El artículo Memoria y Verdad. *Los Juicios como rito reparatorio* de Fabiana Rousseaux desarrolla conceptualmente el dispositivo de acompañamiento a las víctimas testigos en los juicios de lesa humanidad. Dicha autora recorre teóricamente y desde su experiencia de trabajo la categoría de “testigo-víctima” en torno al dispositivo jurídico y las tensiones presentes en el encuentro de dos discursos, señalando los aportes desde el campo del psicoanálisis a las políticas reparatorias a las víctimas de la última dictadura cívico militar.

Historia, memoria y filiación: la apropiación de niños como política de terror de Estado y los procesos actuales de restitución de identidad de la profesora Alicia Stolkiner, reflexiona, a partir de la experiencia del Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia de la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad (CONADI), sobre la condición de los jóvenes apropiados siendo niños durante la dictadura militar y sobre los procesos de restitución de identidad. Continuando con el trabajo de restitución de niños apropiados durante la última dictadura militar, Alicia Lo Giudice, Responsable del Área Terapéutica y directora del Centro de Atención por el Derecho a la identidad de las Abuelas de Plaza de Mayo, destaca el trabajo fundamental de las Abuelas y el acompañamiento desde el campo de la salud mental. Además, reflexiona desde la experiencia psicoanalítica, el trabajo singular del proceso de restitución y el rol del equipo asistencial de las Abuelas.

Ya en la segunda parte, hacemos un recorrido de temas actuales en salud mental que involucra tanto a las prácticas como a las políticas que necesitamos revisar una y otra vez en clave de derechos humanos. En primer lugar, Eugenia Bianchi y Macarena Sabin Paz en *Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico* nos introducen en un tema que adquiere particular relevancia en un contexto donde el modelo manicomial es cuestionado desde la perspectiva de los derechos humanos, desde las políticas sanitarias globales y también desde las corrientes feministas, que advierten con razón que la institución total es también una herramienta de opresión y violencia contra mujeres y diversidades. En su trabajo reflejan el resultado de una investigación realizada durante diez años en el Hospital psiquiátrico “Alejandro Korn” de Melchor Romero en la provincia de Buenos Aires, en el que analizan cómo los estereotipos de género inciden en todo el proceso de atención: motivo de ingreso-diagnóstico-tratamiento-institucionalización. El estudio deja en evidencia cómo los ideales vigentes de normalidad femenina dejan por fuera singularidades que son patologizadas y medicalizadas, cuando no encerradas, constituyendo esta una forma específica de violencia, de modo que resulta imprescindible que incorporemos la perspectiva de género no sólo en el análisis del sistema de salud mental sino, sobre todo, en la construcción de un nuevo modelo basado en los derechos humanos.

Las formas en que la violencia se expresa en una sociedad son múltiples y sus relaciones con la salud mental y su abordaje nos abren una perspectiva de análisis fundamental desde el campo de los derechos humanos. En ese sentido, la violencia institucional recorta un fenómeno que muchas veces pasa desapercibido para los operadores de salud, limitando sus intervenciones. Existen experiencias de acompañamiento y apoyo a víctimas de violencia institucional que han ido desarrollándose a partir del saber acumulado con víctimas de la dictadura que es preciso difundir y profundizar. Lamentablemente, a 40 años de democracia aún existen prácticas de las fuerzas de seguridad que, por fuera de toda legalidad, someten a la violencia a ciudadanas y ciudadanos, muchas veces jóvenes y pobres, que quedan así a merced de un Estado que en lugar de garantizar derechos los vulnera. Así es que el propio Estado debe intervenir con políticas reparatorias, no sólo jurídicas sino también de salud mental. En este punto, la Dra. Laura Sobredo acumula una experiencia de trabajo de acompañamiento y de desarrollo de dispositivos institucionales que comparte en el texto *El acompañamiento a víctimas durante el proceso de justicia. Reflexiones desde la experiencia*. Así, el trabajo en salud mental en ámbitos jurídicos, poniendo en diálogo distintas disciplinas y diferentes lógicas, nos permite aportar algo de reparación que el proceso judicial por sí mismo no alcanza a ofrecer.

Sabemos que la ley nacional 26.657 desencadenó un proceso de cambio que, debido entre otras cosas a la fragmentación de nuestro sistema de salud y a las contingencias políticas de los últimos años, ha tenido sus altibajos. No obstante, en la provincia más populosa de la Argentina como lo es Buenos Aires, la decisión política del gobernador Axel Kicillof ha permitido avances en la restitución de derechos a las personas que se encontraban institucionalizadas y abandonadas durante décadas en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia. La transformación del modelo de atención de salud mental de provincia de Buenos Aires, iniciado en diciembre de 2019, ha mostrado resultados concretos, reconocidos por la OMS en su informe de 2022 denominado *Transformar la salud mental para todos* y por las Observaciones de 2023 del Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas. Esos avances, sintetizados en el informe que nos presenta el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires pone de relevancia la importancia de articular distintas herramientas de gestión de políticas públicas sostenidas a través del tiempo y acompañadas por procesos de participación que consolidan cambios tan necesarios como postergados durante décadas.

Para cerrar este segundo capítulo, abordamos un tema que tal vez sea el debate más actual y al mismo tiempo más abierto de nuestro campo: la cuestión de las personas con padecimientos mentales en conflicto con la ley penal. Hemos visto cómo la aplicación del art. 34 del actual Código Penal ha generado vulneraciones graves de derechos humanos cuando, al declarar la inimputabilidad de una persona (casi siempre por motivos de salud mental), quedan sujetos a la discrecionalidad de medidas de privación de libertad sin ningún plazo ni ninguna garantía procesal. Esta circunstancia, inadmisibles en un Estado de derecho, debe ser urgentemente revisada. Si bien desde la sanción de la ley nacional de salud mental ha habido intentos de armonización prácticas de ambas normas, se impone la necesidad de una revisión profunda a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En ese punto, presentamos el informe jurídico *Inimputabilidad y medidas de seguridad a la luz de los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos* realizado por la Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad coordinado por los especialistas Valeria Monópoli y Leonardo Gorbacz, que consideramos un punto de partida fundamental para dar esa discusión.

Por último, a modo de apéndice incluimos herramientas que pueden ser de utilidad práctica como un texto de preguntas frecuentes sobre derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y un protocolo de acompañamiento a víctimas de terrorismo de Estado y violencia institucional.

Esperamos que esta compilación de textos nos permita seguir transitando este camino de construcción colectiva e inspire a las nuevas generaciones para seguir desarrollando prácticas y políticas que restituyan derechos y alojen subjetividades.

Eje 1:

**Consecuencias psicológicas
del terrorismo de Estado**

El autor

Fernando Ulloa

Médico recibido en la Universidad de Buenos Aires en 1950, considerado uno de los precursores de la carrera de Psicología en esa universidad. En sus primeros años como médico trabajó junto a Pichon Rivière en la conocida "Experiencia Rosario". Fue docente de Psicología UBA hasta la tristemente célebre noche de los bastones largos. En la década del setenta retomó la enseñanza desde la cátedra de Psicología Clínica de Adultos e introdujo las llamadas Asambleas Clínicas. Su trabajo se centró en la "numerosidad social", tal como denominó a los distintos colectivos humanos con quienes trabajó sus técnicas "para generar pensamiento crítico". Fue elegido presidente de la filial Buenos Aires de la Federación Argentina de Psiquiatras. Durante la última dictadura cívico-militar tuvo que exiliarse a Brasil, donde continuó desarrollando actividades en el campo de los derechos humanos. Fue asesor del Movimiento Solidario de Psiquiatría en el programa con familiares de desaparecidos y presos políticos, y colaboró además en peritajes judiciales para esclarecer casos de torturas durante el terrorismo de Estado. Actuó como perito de parte para Madres de Plaza de Mayo en juicios por apropiación de niños.

Pensar el dispositivo de la crueldad: la encerrona trágica en situaciones de tortura y exclusión social

Fernando Ulloa

Me propongo hablar de la crueldad, ese desamparo mayor en que quedan sumergidas las víctimas. Un desamparo que está básicamente expresado por una figura clínica: la encerrona trágica, que extraigo de mi práctica psicoanalítica con personas que han sido torturadas; figura que bien puede ser extendida a muchas situaciones del acontecer social. La encerrona trágica es paradigmática del desamparo cruel: una situación de dos lugares, sin tercero de apelación, sin ley, donde la víctima, para dejar de sufrir o no morir, depende de alguien a quien rechaza totalmente y por quien es totalmente rechazado.

Por otra parte, el desarrollo de la crueldad tiene como antecedente, en la constitución inicial del sujeto, la falencia de la ternura como primer anidamiento, como primer amparo que recibe el recién nacido. Obviamente no es éste el único origen del futuro despliegue de la crueldad, ya que serán necesarios dispositivos socioculturales posteriores que, o bien no reparen ese origen fallido de la subjetividad, o lo acrecienten.

El hecho es que la crueldad siempre requiere un dispositivo sociocultural que sostenga el accionar de los crueles, así en plural, porque la crueldad necesita la complicidad impune de otros. El eje de ese dispositivo cruel es la mentira. Aunque ésta no necesariamente desemboca en una producción cruel, puede sostenerse –con fundamentos psicoanalíticos– que la crueldad siempre está comprometida con una mentira establecida en los primeros tiempos del sujeto. Una mentira que se va estableciendo como un saber fetichista recusador de la verdad.

Voy a abordar el complejo y arduo asunto de la crueldad desde distintos niveles:

1) En primer término “lo cruel”, así escrito con el artículo neutro precediendo al adjetivo. “Lo cruel”, sin sujeto manifiesto de la acción, convive en sociedad sin escándalo, incluso con nuestra connivencia. No en vano la palabra “connivencia” remite en su etimología a guiño, o a cerrar los ojos. No es que en “lo cruel” no exista un sujeto intelectual responsable, pero cabe destacar que puede adquirir estatuto de costumbre, en el que las mismas víctimas conviven con una intimidación que permanece inadvertida. Así “lo cruel” hace cultura, verdadera cultura de la mortificación en que la fecunda idea freudiana del malestar de la cultura es trocada por: malestar hecho cultura, donde claudica la valentía, la inteligencia, y el cuerpo se desadueña. Aquí la mortificación no solo alude a muerte sino, fundamentalmente, a mortecino; sujeto coartado, en el que la queja nunca adviene protesta, y la transgresión a este acostumbamiento mortificado se queda solo en una eventual infracción. Hasta se diría que, superada la faz aguda de la mortificación, las marcas siniestras de la crueldad, neutralizadas como “lo cruel”, se entremezclan con la civilización desmemoriada. Son quistes prontos a activarse.

En la mortificación de “lo cruel”, la ética queda reducida a una ética abstinerente, atenta a lo que no se debe hacer, pero sin que aparezca el imperativo de advertir y accionar sobre las condiciones socioculturales y políticas que originan y sostienen esa situación mortificada.

2) Para el segundo abordaje es necesario examinar el pasaje de “lo cruel” a “la crueldad”. La crueldad, como implementación de la condición agresiva y odiosa del hombre, es un hecho cultural y requiere

una política que la ambiente. Dentro de esa política, ilustrada entre nosotros por los objetivos socioeconómicos de marginación que implementó el terrorismo de Estado, o por las políticas actuales de ajustes, se organiza ese dispositivo que da entorno directo a la mayor crueldad. Un dispositivo que configura la encerrona trágica donde, no habiendo tercero de apelación, no hay ninguna salida inmediata para la víctima.

Ejemplifica paradigmáticamente el accionar de la crueldad una situación frecuente en tiempos no muy lejanos. Una madre embarazada, en cautiverio, es sometida a tormentos antes de que nazca su hijo. Una vez que se ha producido el parto la madre es asesinada y el niño entregado a manos apropiadoras. Obviamente un niño, si la madre es torturada antes que nazca, es un niño torturado. Insisto en que no estoy hablando de una situación abstracta sino siniestramente repetida entre nosotros durante el régimen militar de los años '70. En las pocas ocasiones en que los criminales se han visto ante la Justicia, suelen defender tenazmente la presa a la que dicen "adorar". Esta adoración, totalmente fetichista, está al servicio de la negación de su crimen: "Cómo vamos a ser culpables, si el amor que tenemos por este niño demuestra lo contrario". Un amor espurio, pública y obscenamente expresado para ocultar la verdad de los hechos.

Es conocido el efecto siniestro que este despliegue de la crueldad producía en amplios sectores de la población, activando ocultos dispositivos de la crueldad. Por ejemplo, la canallesca prescindencia expresada por aquel "por algo será" configura un polo social que se corresponde con otro polo, cuando una víctima capturada "equivocadamente" también era torturada a partir de la premisa de que "algo habrá de saber".

3) Denominaremos al tercer abordaje "el acontecer de la crueldad", como propia conciencia de la disposición personal que en grados distintos habita a todo sujeto. Este acontecer es el pasaje intrapsíquico de lo cruel, en su estado latente, a la asunción ética de la propia disposición para la crueldad como toma de conciencia.

Comencé señalando que el origen de la crueldad se vincula con la falencia del primer amparo de todo sujeto, la ternura. Freud dijo poco, pero dijo bastante, acerca de la ternura: que se origina en la coartación del fin último de la pulsión. Una coartación que depende de la presencia del tercero. Si pensamos esencialmente como agente de la ternura a la madre, este tercero está representado por la función paterna, ejercida por el padre mismo, o por los demás contertulios de la ternura, o por la sociedad. De hecho, esta coartación ya es un valor inherente a las propias estructuras de la madre. Cuando no hay coartación de este fin último se recrean las condiciones de la encerrona trágica. Aquí también falta la ley, y en ese sentido la ternura es el primer factor que hace, del sujeto, sujeto social, dado que se trata de un dispositivo social.

Esta coartación crea una precaria condición de sublimación en la madre, traducida en dos aspectos: la empatía que garantiza el suministro hacia el niño, y el miramiento, algo así como mirar con interés amoroso aquello que, habiendo salido de las propias entrañas, es sujeto ajeno. Si la empatía garantiza un suministro, el miramiento garantiza la gradual autonomía del sujeto.

Los suministros de la ternura son tres: el abrigo, para los rigores de la intemperie; el alimento, para los del hambre; y el buen trato, el trato según arte. Un trato que será bueno en tanto donación simbólica de la madre que concurre, no solamente a la invalidez material del niño, sino también a su invalidez simbólica. Precisamente con la experiencia de gratificación se irá instituyendo este buen trato, este trato según arte, basamento del sujeto comunicacional.

Si digo algunas palabras sobre la ternura es para contrastar el entorno necesario para la constitución ética del sujeto con el entorno de la crueldad.

Para un cruzamiento entre ternura y crueldad, apelo a una metáfora ecológica: cuando un cachorro ya viable es llevado a otro nicho ecológico, se observan tres maniobras. En un primer momento, se hunde: se deprime, se angustia. Luego se anida. Finalmente, se anima. El punto determinante será la calidad

de ese anidamiento, según la cual será también el estilo de su animación. La animación puede ser más bien inherente al animal doméstico en el sentido del *domus*, el domicilio, o inherente al desamparo y la precariedad del sobreviviente.

Esta metáfora permite por un lado sostener que el dispositivo de la crueldad es una producción básicamente cultural, sin descartar que la agresividad propia de la evolución de las especies también juega. Si aplicamos este modelo al cachorro, tanto el canino como el humano, necesariamente el desamparo incrementa su instintividad astuta y agresiva. Por supuesto que el animal posee un mayor paquete instintivo, por lo que le lleva gran ventaja al humano. Es así que el infantil sujeto también incrementará su natural y precario paquete instintivo en la lucha para sobrevivir. Sabido es que lo instintivo tiene una función, un sentido y un objeto único. Este acrecentamiento instintivo lo será en desmedro de las variables pulsionales propias del humano con caminos de descarga alternativos –incluida la sublimación– y donde el objeto de la pulsión puede ser también distinto. Si lo instintivo unívoco tiene carácter metonímico, lo pulsional ya es un rudimento de las variables de la metáfora, propias de lo humano.

Cuando el anidamiento es en un “nido de serpientes”, conlleva al incremento instintivo del sobreviviente. La rigidez instintiva es factor que contribuye a que el futuro sujeto, ahí mortificado, reproduzca los valores que recibió. Así que el golpeado tiende a ser golpeador, en tanto sus alternativas pulsionales se hayan instintivizado unívocamente.

Si la donación simbólica, aquella que puede signarse por el buen trato como tercer suministro de la ternura, es fallida, el sujeto que de ahí resulte incrementará su angustia de muerte frente a la que irá organizando un “saber” fetichista, como recusación de esa angustia. Un fetichismo que confiere al saber el carácter de “saber sagrado”, “saber fundamental”, “saber ortodoxo” que excluye, odia y elimina todo lo distinto, que pueda poner en duda aquel saber. La sumatoria de esos valores instintivizados que tienden a reproducirse, más esta propensión a un saber fetichista, serán el caldo de cultivo del sujeto cruel. Llegamos así a lo que podríamos llamar la vera crueldad, aunque resulte paradójal aludir a la verdad para definir lo que está establecido sobre la mentira.

Para que la vera crueldad resulte tal, es necesario que la violencia del ejecutor y el desamparo de la víctima estén enmarcados en un dispositivo sociocultural (avalado y montado por los cómplices intelectuales), con pretensión de impunidad. Pero, si bien esto es necesario, no es suficiente: la vera crueldad requiere que el ejecutor sea realmente maligno, es decir, sin ningún lugar para el remordimiento, por lo cual debe haber organizado su fetichismo como un saber mentiroso que lo hace impune frente a sí mismo, arrojando todo vestigio de conciencia moral con relación a sus actos; un saber mentiroso que será el baluarte de su impunidad recusadora de toda ley.

El maligno, es decir el sujeto de la acción de la crueldad, justifica sus actos en este saber canalla, es así que su impunidad fetichista le permite simular los finos modos del culto y aun del piadoso. Se presentará leyendo los Santos Evangelios cuando, ante los estrados de la Justicia, se le evidencien la magnitud y la atrocidad de sus crímenes. Incluso podrá decir que su causa fue la defensa de los valores occidentales y cristianos, o quizá orientales y musulmanes, cualquier punto cardinal y credo degradados fetichísticamente.

Podrá también ofrecer los sufrimientos –que de hecho cree injustos– causados por el enjuiciamiento y sus inconvenientes, como verdaderos actos de servicio a su institución represora. Muchos genocidas que ilustran en nuestro medio esta situación. O tal vez sean los familiares quienes pidan misericordia, en nombre de la humanidad, para algún anciano que está menguado en su salud y en su confort.

No es necesario ir a estos ejemplos de genocidas directos. Muchos de los inspiradores y planificadores de los ajustes sociales que arrojan millones de víctimas a la miseria se les corresponden.

Un comportamiento tan impune podría promover la sed de venganza, la pretensión de que el tormento sea la vía para que el criminal reconozca sus crímenes; algo así como montar una inquisición maligna frente al maligno, curarlo con su propia medicina. Será solo el enjuiciamiento justo, con todos los

recaudos de defensa en juicio, el que logre desmontar el ídolo fetichista y su mentira que pretende afirmar que es lo que no es, o que no es lo que es.

El fetichismo es pura renegación, con sus amputaciones de la conciencia que además de negar, niega que niega. Mientras que la utopía, definida en términos modernos, constituye otra doble vuelta de negación frente a la renegación: la de negarse a aceptar todo aquello que niega la causa del accionar de la cruel impunidad. Se configura así una utopía con tónica no conjetural, sino ahora, en el presente. Esta es la única justicia posible frente a los señores de la crueldad.

ULLOA, F. (1998, diciembre). *Pensar el dispositivo de la crueldad: la encerrona trágica en situaciones de tortura y exclusión social*. Buenos Aires: *Página/12*. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <<https://www.pagina12.com.ar/1998/98-12/98-12-24/psico01.htm>>.

Los autores

Mariana Wikinski

Psicoanalista. Miembro del Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales. Ex-presidenta y actual miembro de la Asociación Colegio de Psicoanalistas. Autora del libro *El trabajo del testigo. Testimonio y experiencia traumática*, que ha sido traducido al portugués. Fue supervisora del Programa Especial para la Atención a Niños, Niñas y Adolescentes, Dirección de Orientación a la Víctima del Ministerio Público Fiscal. Co-compiladora del libro *Clínica Psicoanalítica ante las Catástrofes Sociales*.

Mariana Biaggio

Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Magister en Antropología Social (IDES/UNSAM) y Lic. en Trabajo Social (UBA). Integra el Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Es docente de Antropología en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y de la UCES.

Rosa Matilde Díaz

Lic. en Psicología y Especialista en psicología jurídica (USTA, Colombia). Maestranda en Psicoanálisis de la Universidad de Buenos Aires. Becaria en dos oportunidades del Programa Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. Desarrolla una investigación sobre la Ley en relación al incesto paterno filial. Se desempeña en la Dirección de Orientación y Acompañamiento a Víctimas del Ministerio Público Fiscal de la Nación de Argentina.

Marcelo Marmer

Médico Especialista en Psiquiatría egresado de la Universidad de Buenos Aires. Psicoanalista egresado de la Escuela de Psicoterapia para Graduados. Fue jefe de Trabajos Prácticos de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. También fue Médico de Planta del Poder Judicial de la Nación. Miembro del Centro de Estudios Legales y Sociales. Presidente del Capítulo Violencias Redes Sociales y Salud Mental de la Asociación de Psiquiatras de la Argentina. Ha escrito trabajos en relación al Trauma y a Derechos Humanos. Autor del libro *Encierros Involuntarios*, de Editorial Paradiso, Buenos Aires, 2019.

El método de desaparición forzada y los juicios de lesa humanidad. Diálogo entre la dimensión jurídica y la dimensión subjetiva. Especificidades del caso argentino

Mariana Wikinski, Mariana Biaggio,
Rosa Matilde Díaz Jiménez y Marcelo Marmer
Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Introducción

Dos acontecimientos sin precedentes marcaron y aún marcan a fuego la historia de Argentina y la construcción de su memoria.

Entre los años 1976 y 1983, a partir del derrocamiento de la presidenta Isabel Martínez de Perón, el país fue gobernado por sucesivas Juntas Militares que implementaron el Terrorismo de Estado y la metodología sistemática de desaparición forzada de personas como absoluto y difícilmente superado ejercicio biopolítico del poder. Recluidas –en algunos casos durante años– en centros clandestinos de detención (CCD), sin ningún reconocimiento oficial acerca de su destino, las víctimas de la deshumanización, la tortura y el exterminio eran luego nuevamente desaparecidas, arrojadas aún con vida al río o enterrados sus cuerpos como NN en fosas comunes. El plan de exterminio de aquellos considerados como “subversivos” se completó con el robo, secuestro y apropiación de alrededor de quinientos niños y bebés, muchos de ellos nacidos en cautiverio¹.

Implementada desde los años '60, o aun antes, en diferentes países de Latinoamérica esta metodología de exterminio adquirió en el caso argentino rasgos específicos debido al número de desapariciones y al establecimiento en el país de alrededor de 350 centros clandestinos de detención y tortura². Estos CCD como creación periférica y medular a la vez (Calveiro, 2008) se instituyeron como espacios ajurídicos (es decir, de pérdida de la ciudadanía y de los derechos que esta condición implica), indispensables y complementarios en la ejecución de lo que Calveiro (2008) denominó “poder desaparecedor”.

El terrorismo de Estado se propuso a una escala inédita el exterminio de aquellos identificados como “enemigos” y produjo una cifra estimada de treinta mil personas desaparecidas y quinientos niños apropiados.³ Stepan (1988, citado en Schindel, 2003) calcula que por cada desaparecido o muerto detenido en Brasil, corresponden diez casos en Uruguay y trescientos casos en Argentina.⁴ Solo en casos absolutamente excepcionales algunos detenidos fueron liberados.

1 Abuelas de Plaza de Mayo recuperó ciento veintisiete de las quinientas víctimas del plan sistemático de apropiación de niños, hasta marzo de 2018. Para más información sobre la búsqueda de los nietos y la restitución de su identidad, véase Baggio, 2009.

2 La Secretaría de Derechos Humanos (Ministerio de Justicia y DDHH) consigna alrededor de seiscientos CCD durante el primer año de la dictadura. Esa cifra desciende luego a trescientos cincuenta. Disponible en: <http://www.jus.gob.ar/derechoshumanos/red-federal-de-sitios-de-la-memoria.aspx>

3 Respecto de la polémica en relación a la cantidad real de desaparecidos, ver Feierstein (2017) y CELS (2017b).

4 Esta cifra se calcula en base al informe *Nunca Más*, en el que están consignadas solo alrededor de nueve mil desapariciones. Este informe fue elaborado en 1984 por la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (Conadep), creada por el presidente Raúl Alfonsín, en base a la recolección de documentos y testimonios que dieron cuenta de la sistematicidad del método de desaparición de personas. Ofrece una detallada descripción de las metodologías de desaparición y exterminio utilizadas, las torturas, el emplazamiento y descripción de los CCD, el papel del Poder Judicial, la coordinación represiva en Latinoamérica, y un listado de los desaparecidos denunciados hasta ese momento.

El segundo acontecimiento sin precedentes al que hacemos referencia es el establecimiento, desde el primer Juicio a las Juntas en 1985 durante el Gobierno de Raúl Alfonsín, de los juicios a los responsables de los delitos de lesa humanidad cometidos en Argentina en esos años, arbitrados –como caso único en el mundo– por tribunales ordinarios. Ningún Gobierno democrático desde 1984 hasta la actualidad pudo eludir una toma de posición respecto de la decisión de dar continuidad o interrumpir estos juicios, y este hecho político marcó y marca de una manera fundamental a la sociedad argentina, a la construcción de su Historia, a la implementación de las políticas de memoria y al lugar de las víctimas.

Resulta difícil dimensionar aún las consecuencias subjetivas que produce la confluencia de ambas circunstancias. En primer lugar, porque ambas se perpetúan en el presente: los desaparecidos continúan aún desaparecidos y los juicios aún se están desarrollando. Pero además resulta difícil dimensionar la confluencia de ambos hechos históricos porque es descomunal la cantidad de víctimas, es descomunal el silencio corporativo de los responsables de las desapariciones, es enorme la cantidad de imputados que han enfrentado y aún enfrentan las consecuencias de sus actos aberrantes.

El impacto subjetivo de ambos hechos determinó nuestro abordaje clínico, pero también nos enfrentó a la tarea de dar cuenta de la articulación y la confrontación que se producen entre aquello que ocurre en el campo de la Justicia y las circunstancias subjetivas que atraviesan las víctimas y la sociedad.

Nos proponemos en este artículo en primer lugar describir brevemente el lugar social de los juicios por crímenes de lesa humanidad en Argentina y el impacto subjetivo de la desaparición, marco en el cual se desarrolla nuestra tarea clínica.

Describiremos a continuación las reflexiones críticas que estas circunstancias produjeron en nuestra conceptualización clínica, y la compleja articulación producida a partir del diálogo entre el campo jurídico y el campo clínico y subjetivo, específicamente en relación a cuatro aspectos: la consideración de la desaparición forzada como tortura ante organismos internacionales; la definición ante la Justicia del concepto de trauma; las características del duelo frente a la desaparición, con la mención de un caso elevado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH); y el trabajo de narrar lo traumático en el contexto de los juicios de lesa humanidad.

Los juicios y las leyes de impunidad

El primer presidente democrático del período postdictatorial, Dr. Raúl Alfonsín (1983–1989), estableció como una de las primeras medidas de su gobierno la realización del Juicio a las Juntas (Decreto n.º 158/83). Este juicio, que se desarrolló durante el año 1985, procesó a las sucesivas juntas militares que gobernaron al país desde el golpe cívico–militar de marzo de 1976 hasta el año 1983. Cinco de los nueve militares juzgados recibieron penas desde la reclusión perpetua hasta cinco años de prisión, y cuatro fueron absueltos.

En los años 1986 y 1987, aún durante el gobierno de Raúl Alfonsín, se produjo un enorme retroceso en el proceso de verdad y justicia al sancionarse las leyes de Punto Final (ley 23.492, diciembre de 1986) y Obediencia Debida (ley 23.521, junio de 1987). La primera de ellas concluía con las investigaciones y la posibilidad de juzgar a los responsables de los crímenes una vez cumplido el plazo establecido en el texto de la ley (sesenta días) desde su promulgación. La segunda establecía que los imputados por debajo del grado de coronel no debían ser juzgados, puesto que habían actuado bajo coerción, y obedeciendo a órdenes superiores a las que no habían podido oponerse. Solo quedaban exceptuados de estas leyes los juicios por apropiación de niños, dado que los delitos de secuestro, apropiación y sustitución de identidad por medio de la falsificación de documentos públicos no son prescriptibles por tratarse de delitos continuados o permanentes que solo cesan con la restitución de la identidad. Ambas leyes han adquirido luego en la memoria de los argentinos el nombre de “leyes de impunidad”.

En 1989 el presidente Carlos Menem (1989–1999) da un paso más en el camino de la impunidad al decretar los indultos a los jefes de las juntas militares que ya habían sido juzgados en el Juicio a las Juntas, y también a los responsables del Primer y Segundo Cuerpo del Ejército, al Ministro de Economía

entre otros funcionarios de la dictadura, así como a algunos civiles entre los que se encontraba Mario Firmenich, dirigente de una de las organizaciones armadas que más desapariciones había sufrido.

A finales de la década del '90, como respuesta a las leyes de impunidad, organismos de Derechos Humanos (DDHH) y familiares de las víctimas del Terrorismo de Estado promovieron la realización de los Juicios por la Verdad en diversas ciudades de Argentina, aun cuando no existía la posibilidad legal de que culminaran en alguna sentencia a los responsables de los crímenes. A diferencia de las Comisiones de Verdad sudafricanas, en el caso argentino estos juicios (en los que los miembros de las Fuerzas Armadas se negaron a declarar) no fueron pensados en función del perdón y la reconciliación, sino como un eslabón en el proceso de justicia transicional que desembocaría en el castigo a los culpables (Andriotti Romanin, 2013).

En el año 2001 (durante la presidencia de Fernando De la Rúa, 1999–2001) el juez Gabriel Cavallo declaró a las leyes de impunidad nulas e inconstitucionales (6 de marzo, causa n° 8.686/2000), y así se reabrió el camino de las investigaciones y el procesamiento a los responsables de los delitos cometidos durante la dictadura, hasta que finalmente en el año 2005, durante el Gobierno del presidente Néstor Kirchner (2003–2007) la Corte Suprema de Justicia declaró a ambas leyes inconstitucionales.

A partir de allí las cifras son elocuentes.⁵ Durante el mandato de Néstor Kirchner, los dos mandatos de Cristina Fernández de Kirchner (2007/2011 y 2011/2015) y hasta octubre de 2017 se han abierto seiscientos trece causas; 193 cuentan con sentencia, 287 están en etapa de instrucción, ciento diecisiete con elevación a juicio y en dieciséis de ellas el juicio estaba en proceso. En esas causas se ha juzgado, se juzga o se juzgará a 2.971 imputados. Muchos de los imputados han fallecido antes de que los juicios se iniciaran –o durante su desarrollo–, lo que ha dado en llamarse “impunidad biológica”.

La reapertura de los juicios no se limitó a la investigación y procesamiento de las Fuerzas de Seguridad que detentaron el poder entre 1976 y 1983, sino que incluyó la investigación y procesamiento por causas anteriores a esa fecha, el procesamiento de civiles–empresarios involucrados en delitos durante la dictadura y de alrededor de ciento cincuenta miembros del Poder Judicial (Filippini y Cavane, 2015).

Desde la asunción del presidente Mauricio Macri (diciembre de 2015–2019) organismos de derechos humanos locales e internacionales señalan un marcado retroceso en las políticas de memoria, verdad y justicia: la detención arbitraria de la líder social y diputada del Parlasur Milagro Sala (incluso con incumplimiento por parte del Gobierno argentino de las medidas indicadas por la CIDH); el aumento significativo de la criminalización y penalización de la protesta social y los obstáculos para ejercer el derecho a la protesta, son algunos de los señalamientos del último informe del CELS (2017). Además, el discurso de los actuales funcionarios del Gobierno recrea la utilización de conceptos tales como “guerra sucia”, “memoria completa” y “reconciliación”, o equipara la violencia estatal y la violencia de las organizaciones armadas cuando se refiere al período de ejercicio del terrorismo de Estado. A nivel judicial se revocaron sentencias a represores; la Corte Suprema intentó aplicar la Ley 2x1 para las condenas de represores y fue obligada a dar marcha atrás a partir de la movilización popular; se produjo una desaceleración en los procesos de justicia y una disminución en la cantidad de sentencias; represores con condenas a prisión perpetua logran transitar el resto de sus condenas en prisión domiciliaria sin que su salud sea un impedimento para que continúen en los lugares en los que estaban alojados (CELS, 2017). Resulta notoria la confrontación entre las políticas y las declaraciones del Gobierno actual, y las que se sostendrían en un pleno Estado de Derecho, tal como lo vienen denunciando los organismos de DDHH argentinos e internacionales. Todo esto abre un interrogante respecto del modo en el que se dará continuidad a las políticas de memoria, verdad y justicia.

La somera síntesis del desarrollo de los juicios en Argentina desde el inicio de la democracia hasta el presente da cuenta de la magnitud de este hecho como evento histórico y político. Resulta imposible

5 Informe estadístico de la Procuraduría de Crímenes contra la Humanidad. El estado de las causas por delitos de lesa humanidad en Argentina. Datos actualizados al 6 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.fiscales.gob.ar/lesa-humanidad/?tipo-entrada=estadisticas>.

desvincularlo de cualquier intento de comprensión de las variables subjetivas que acompañaron a las víctimas en particular y a la sociedad argentina en general.⁶

Las marcas de la desaparición en la sociedad. El trabajo de las víctimas ante la justicia

La marca subjetiva es peculiar en tanto se juzgan desapariciones. Desaparecieron los cuerpos y los documentos que podrían dar cuenta de estos crímenes. Han sido muy pocos los sobrevivientes. ¿Cómo reconstruir entonces ante la Justicia alguna clase de verdad cuando no hay datos perceptuales que puedan confirmarlo? La desaparición impregnó a la historia de un rasgo espectral que marcó el modo en que habría de reconstruirse fuera y dentro de los Tribunales.

No se trató solo de la desaparición de los cuerpos. Se trató también de la tarea sistemática y cotidiana de generar en quienes habrían de ser finalmente desaparecidos, y también en los pocos que sobrevivirían, una imposibilidad de confiar en las propias percepciones, puesto que resultaban alterados todos los parámetros perceptuales que pudieran ofrecer al psiquismo alguna clase de organización, de encuentro con un sentido, de anticipación de lo que ocurriría, de ubicación temporal. Se trató también de negar ante la sociedad lo que estaba aconteciendo, lo cual no implicaba que fuera imposible percibirlo y reconocer –más allá del discurso oficial– que se estaban cometiendo crímenes a gran escala. No puede comprenderse la eficaz precisión que la existencia de los CCD tuvo como poder expansivo del terror, sin considerar que esta eficacia se sostuvo en un saber no reconocido por parte de la sociedad. Mostrar y negar eran los mecanismos que sostenían la perdurabilidad aterrizante del poder desaparecedor.

Ni la sociedad en su conjunto ni los familiares de los desaparecidos contaban con las herramientas simbólicas que les permitieran comprender qué era una *desaparición*. Esta imposibilidad de nominación obstruía de un modo insidioso todo trabajo de elaboración.

Han sido escasísimas las pruebas que han podido recogerse. Por parte de los miembros de las Fuerzas de Seguridad involucrados en los delitos el silencio ha sido absoluto, con la única excepción de Adolfo Scilingo, quien en el año 1995 confesó su participación en los *Vuelos de la Muerte*⁷ en la Escuela Superior de Mecánica de la Armada (ESMA).

Estuvo a cargo de las víctimas, entonces, el establecimiento de un testimonio jurídico que diera prueba de las atrocidades cometidas. Las víctimas, en general familiares de desaparecidos, y algunas pocas sobrevivientes de los CCD, fueron quienes dieron voz y contenido a la narración de la Historia que pudo ir reconstruyéndose –y aún se sigue reconstruyendo– en los Tribunales.

Esa peculiaridad, el esfuerzo de poner palabras a lo invisibilizado, lo oculto, lo negado, lo desaparecido, marcó el lugar de los testigos y de las víctimas y su modo de transitar lo traumático. Se trató de revelar lo que ocurrió y aún ocurre donde no queda más que vacío y desaparición. Confiar en la propia palabra y en la palabra de los otros requirió el trabajo psíquico individual y colectivo de dar credibilidad a lo increíble.

6 Entre todas las causas que se han abierto, tres merecen ser destacadas. a) Megacausa ESMA III: setecientos ochenta víctimas, 65 imputados (once de los cuales fallecieron durante el proceso), ochocientos treinta testigos. El 29/11/2017 se dictó sentencia: veintinueve prisiones perpetuas, diecinueve imputados con penas entre ocho y veinticinco años de prisión y seis absueltos. b) Megacausa La Perla: 54 imputados, setecientos dieciséis víctimas, novecientos testigos. Se dictó sentencia el 25/8/2016: veintiocho condenas a prisión perpetua, cinco absoluciones y penas de hasta veinticinco años para el resto de los imputados. Diez de ellos fallecieron durante el desarrollo del juicio. c) Plan Cóndor: se juzgó por primera vez la alianza estratégica entre Argentina, Paraguay, Brasil, Uruguay, Bolivia y Chile para la desaparición de personas en la década de los '70. Casos de ciento nueve víctimas, 93 de las cuales no eran argentinas. Sentencias con penas de entre ocho y veinticinco años.

7 Alrededor de dos mil prisioneros fueron arrojados vivos y sedados con pentonaval, desde aviones al Río de la Plata o al mar.

Estas circunstancias de carácter político y jurídico se hicieron presentes en el abordaje clínico de las víctimas del Terrorismo de Estado y comandaron de algún modo el trabajo de teorización que lo acompañó.

Entre lo jurídico y la clínica

Describiremos cuatro aspectos centrales en nuestro trabajo clínico que requirieron una reflexión específica a la luz de las circunstancias que acabamos de describir y que pusieron en evidencia la compleja confluencia entre la dimensión jurídica y la dimensión clínica: la consideración de la desaparición como tortura perdurable en el tiempo, lo traumático concerniente a las experiencias de reclusión en CCD, las características del duelo que impuso la desaparición, y el trabajo psíquico que impone el acto de narrar y de dar testimonio del trauma ante la justicia. Cada uno de estos aspectos de la clínica ha incidido en el campo de lo jurídico, pero fue también interrogado y determinado por lo que en el campo jurídico iba ocurriendo.

La desaparición como tortura. Sus efectos en los sobrevivientes y en los familiares de desaparecidos

El Equipo de Salud Mental (ESM) del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) expuso en el año 1991 ante el Fondo de Contribuciones Voluntarias contra la Tortura de Naciones Unidas los motivos por los cuales la desaparición y sus efectos en los familiares debían ser considerados como una forma de tortura imprescriptible. La perdurabilidad del padecimiento por una ausencia inexplicable es –para los familiares de desaparecidos– una forma de tortura.

Recordemos que se trata de la desaparición de personas que presuntamente han sido asesinadas y también de la desaparición de su descendencia, quinientos bebés han sido secuestrados y apropiados y hoy, ya adultos, en su mayoría mantienen su historia y su identidad adulterada.

En el caso de aquellas personas que han estado desaparecidas en los CCD, el carácter torturante de la desaparición no ofrece dudas. Si toda percepción remite para el sujeto a una huella, a una búsqueda de sentido, a la evocación de una experiencia y habitualmente hallamos una continuidad no contradictoria entre aquello percibido y la lectura que acerca de ello formulamos, en el caso de situaciones en las que somos objeto de un ataque a la percepción este proceso natural se altera, y nos encontramos frente a una contradicción entre lo percibido y la interpretación que acerca de ello nos imponen.

El tabicamiento (colocación de elementos como capuchas o vendas que impidan la visión), la pérdida de referencias espaciales y temporales, serían ataques a la percepción por privación sensorial. Pero también era un ataque a la percepción la sistemática puesta en duda impuesta a los detenidos de la interpretación que iban construyendo acerca de los hechos que percibían.

Los detenidos sobrevivientes relatan casi sin excepción la necesidad desesperada de comprender que los acompañaba durante su cautiverio. La necesidad de ir construyendo en encuentros fugaces con otros detenidos alguna lectura acerca de lo que estaba ocurriendo, cuál podría ser su destino, dónde se hallaban, qué ocurrió con un compañero, a quiénes pertenecían las voces que escuchaban, qué nombre correspondía a cada apodo. Todos los recursos perceptuales de las víctimas fueron atacados.

Ulloa (1998), plantea que la *encerrona trágica* se produce cuando quien está sometido al ejercicio de crueldad de otro depende de ese otro, hallándose entonces sin tercero de apelación, y describe al acto de tortura como el paradigma de la encerrona trágica.

Este hecho evidente que afectó directamente a los desaparecidos, expandió sus efectos en sus familiares y personas cercanas. La incertidumbre se extendió en el tiempo y ubicó al familiar frente a la encrucijada de denunciar o no la desaparición, puesto que las reglas que preservarían la vida de su ser querido resultaban desconocidas y ese espacio fantasmático entre la vida y la muerte generaba un efecto paralizante. La encerrona trágica se producía en este caso porque al rehusar el aparato represivo la información acerca de lo ocurrido, obligó y aún obliga al familiar o amigo a ser él mismo quien debe decidir qué hacer frente a la ausencia, dar o no por muerto a su ser querido.

Quienes han aceptado la muerte de sus seres queridos como destino, lo han hecho decretando internamente la suspensión de la espera como efecto de un íntimo trabajo de elaboración que bordeó la culpa de “sentenciar” la muerte. La encerrona se presenta entonces frente a la disyuntiva entre desmentir la realidad de esa ausencia infinita, o transitar la culpa de no esperar más el regreso de quien ha desaparecido o incluso desearle la muerte, ya que más insoportable que haberlo perdido resulta suponer que aún después de tantos años podría estar viviendo bajo situación de tortura. Si bien en un inicio este proceso psíquico fue vivido en una absoluta soledad y oscureció notoriamente el camino en los reclamos reparatorios de los familiares de los desaparecidos, los juicios dieron lugar luego al relato de las víctimas y atenuaron notoriamente la soledad moral que estas padecían en la construcción de su historia.

En relación al espacio terapéutico y al trabajo clínico durante los dieciocho años de vigencia de las leyes de impunidad, Wikinski (2016) plantea:

La ausencia de justicia nos planteó verdaderamente otros desafíos éticos que la mera escucha del sufrimiento, el riesgo del victimismo, el trabajo de elaboración de lo traumático: ese deslizamiento a ser el único lugar en el que finalmente podía esperarse el emplazamiento de –al menos– un modo particular de hacer justicia: “Acá puedo hablar, acá puedo dar testimonio de mi historia, acá me escuchan, acá me creen” (...). El establecimiento de justicia, o su ausencia, son determinantes fundamentales en nuestro modo de escuchar, en el modo en que se transita lo traumático, en aquello que nos es demandado como analistas. No está de más aclarar que la reapertura de los juicios por delitos de lesa humanidad (...) produjo una notoria modificación en el relato singular de las víctimas y en el contrato de veridicción que se produjo en el contexto del trabajo clínico (pp. 39–41).

No se trató solo del efecto apaciguador de lo traumático que producen el ordenamiento jurídico, la investigación y constatación de los hechos, la construcción de un relato colectivo y el castigo a los culpables. En la medida en que el establecimiento de justicia fue posible gracias al relato de las víctimas, cada una de ellas encontró la posibilidad de saberse parte de una historia que ya no sería vivida en soledad, y también encontró la posibilidad de construir un principio de realidad, contrastar en el relato de otros el propio relato, completar algo en esos espacios lacunares de la memoria torturada a la que la metodología de desaparición la condenaba.

Las consecuencias psíquicas de la desaparición como metodología de exterminio inédita, determinaron que el ESM elevara ante el Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura una detallada descripción del impacto subjetivo y traumático que produce esta metodología como tortura prolongada en el tiempo para quien ha sido desaparecido, y también para sus familias. A partir de este reconocimiento, y en función del respaldo que el Fondo ofreció para el abordaje clínico –incluso y especialmente en momentos en los que la Justicia argentina no oficiaba como lugar de apelación para las víctimas– Naciones Unidas se constituyó simbólicamente en tercero de apelación, referente respecto de la tortura y el trauma padecidos, y su contribución produjo en las víctimas atendidas por el ESM, de algún modo, el efecto psíquico de una ley amparadora.

Lo traumático en los sobrevivientes de los CCD

Bleichmar (1993) tomando como punto de partida la obra de Freud, describe que la renuncia a la satisfacción de los deseos pulsionales se produce a partir de la interdicción y el establecimiento de pautas ofrecidos por el adulto para la constitución del yo y el ingreso del niño a la cultura. Cada cultura (escribe Bleichmar) determinará aquello que será del orden de lo rechazable.

Freud (1905/1974) ubica a la construcción de los llamados diques pulsionales (asco, vergüenza, pudor), como hito fundante en el proceso de constitución del psiquismo. El asco es el más primario de estos diques y remite a aquello del cuerpo que resulta rechazado. La vergüenza alude a un dique más ligado a lo moral. El pudor se vincula con aquello que debiera quedar velado frente a la mirada del otro.

Las experiencias cotidianas a las que fueron sometidas las víctimas en los CCD atentaron contra el sostenimiento de estos diques pulsionales como constitutivos y organizadores del aparato psíquico: defecar frente a otros, estar expuesto a la mirada del otro en condiciones de impudor, experimentar

sentimientos ajenos a la propia moral (como por ejemplo desear la muerte de otro para sobrevivir), el despojo del nombre, el cautiverio con aislamiento absoluto, la amenaza cotidiana a la propia vida, la imposibilidad de anticipación y de comprensión de las reglas que regían sus vidas. Todas estas experiencias expusieron a los prisioneros al traumatismo extremo de ver desmantelados sus parámetros básicos de existencia y de pertenencia a la especie humana. Resulta indispensable advertir la magnitud del impacto traumático que produce en un sujeto la experiencia del ataque a aquello que compromete las bases constitutivas de su aparato psíquico.

Son sus semejantes quienes obligan al sujeto a quebrantar los contratos de base a través de los cuales fue incluido en la especie humana (...) ¿Cómo puede el aparato psíquico resistir el embate simultáneo de la puesta en jaque de sus bases constitutivas y de sus ideales del yo? (...). Asistimos así a una puesta en crisis de los diques constitutivos del aparato psíquico cuando la ética del sujeto se ve desmantelada (Wikinski, 2016, pp. 105–6).

Desde nuestra experiencia clínica, entonces, constatamos que el trauma:

- a. implica siempre la ruptura de la membrana psíquica protectora frente a los estímulos que, por su exceso cuantitativo, por su cualidad o por la impreparación del aparato psíquico para procesarlos, exceden su capacidad de metabolización y simbolización.
- b. impone al aparato psíquico un esfuerzo elaborativo extraordinario, puesto que atenta contra su organización.
- c. rompe el equilibrio con el que el aparato regía su funcionamiento hasta ese momento.
- d. se constituye en trauma precisamente porque los recursos con los que el sujeto cuenta para encontrarle un sentido resultan absolutamente insuficientes, ha quebrantado su sistema de comprensión del mundo.
- e. debe considerarse en su singularidad, puesto que en cada sujeto podría producir diferentes niveles de ruptura de la trama psíquica, alojarse en diferentes localizaciones, activar diferentes mecanismos de defensa, evocar diferentes experiencias anteriores al hecho traumático, o reactivar traumas padecidos por generaciones anteriores de la víctima.
- f. nunca es mudo, produce siempre manifestaciones sintomáticas psíquicas, en el cuerpo o en el lenguaje que nos demuestran la exigencia de trabajo que el trauma impone al aparato psíquico.
- g. ofrece resistencia a su narratividad y a su representabilidad.
- h. existe además un elemento añadido en el trauma específico al que hacemos referencia, y es el hecho de que haya sido producido por acción deliberada de un semejante, y aun peor, en nombre del Estado, despojando a las víctimas de toda instancia de apelación.

En un trabajo anterior (ESM del CELS, 2000), inspirados en la diferenciación que el historiador Ignacio Lewkowicz formuló entre los conceptos de trauma, acontecimiento y catástrofe desde el punto de vista de la Historia, hemos descrito tres modos diferentes de transitar los efectos del trauma en las víctimas: la *recomposición* (cuando fue posible construir un entramado psíquico elaborativo que habilitó la recuperación de la capacidad deseante), la *ruptura* (cuando la marca que dejó el trauma quedó encapsulada), o la *catástrofe* (cuando la ruina comandó al psiquismo y se han presentado lesiones gravísimas). El impacto del trauma será efecto de la capacidad simbolizante del sujeto y no solo de la magnitud del acontecimiento traumático.

Es por eso que resulta necesario diferenciar *trauma* de *acontecimiento traumático*. El primero obedece a la descripción que hicimos más arriba, es el enclave psíquico del acontecimiento traumático. El acontecimiento traumático es el evento histórico.

La descripción del trauma específico que concierne al hecho de permanecer desaparecido en un CCD formó parte del alegato que el CELS, con la contribución específica del ESM, presentó como quere-

lla en la Megacausa ESMA III. Nos propusimos en ese alegato dejar establecido fehacientemente ante los jueces que no se trata de un hecho traumático equiparable a otros. Y que cuando se trata tanto de ponderar la gravedad de lo ocurrido con vistas al establecimiento de las condenas, como de solicitar testimonio a una víctima ante el Tribunal, debe ser considerado de un modo fundamental cuál es la índole y cualidad del trauma sufrido y el recuerdo que sobre esa experiencia puede construirse.

Se trató de abrir un diálogo con el espacio jurídico en pleno desarrollo del juicio, diálogo en el que fueran puestas en consideración las características del trauma cuya existencia y magnitud la Justicia debía probar.

El duelo por la desaparición forzada: un duelo que no cesa de no inscribirse

En psicoanálisis se denomina *duelo* al trabajo elaborativo que el aparato psíquico debe realizar en procura de su preservación y restablecimiento frente a una pérdida muy significativa. La muerte de un ser querido es una vivencia potencialmente traumática porque viene a descompletar la red vincular que sostiene al sujeto y a conmover la escena del mundo en la que se representa a sí mismo. Es esta conmoción del orden representacional del sujeto la que precipita el trabajo de duelo.

El duelo consiste en la labor de ligar y desligar investiduras libidinales. La ligazón es un intento de aferramiento, una adherencia o fijación de la libido al objeto y una renuncia a desprenderse de él. En los duelos que no tienen un curso patológico, a lo largo del tiempo el aparato psíquico va desprendiéndose de algunos recuerdos y de las expectativas futuras vinculadas con quien ya no está presente.

Freud emplea la palabra *trabajo* para referirse al duelo y establece que se requiere el ejercicio del *examen de realidad* para constatar la ausencia del objeto amado. Este trabajo expone al psiquismo al conflicto de reconocer las consecuencias de ese examen de realidad y al mismo tiempo resistirse a retirar la libido del objeto perdido (Freud, 1915/1993).

Cuando esa pérdida se debe a la muerte, la posibilidad de acceder al cuerpo sin vida del difunto, la ocasión de los ritos fúnebres y la instalación del sepulcro o lo que haga sus veces contribuyen a la construcción de la prueba de realidad y ofrecen resistencia a la negación, que es uno de los primeros mecanismos de defensa del aparato psíquico ante el trauma. Además, en tanto que el cuerpo del difunto presenta información acerca de su modo singular de morir, aporta datos que serán integrados en el relato explicativo acerca de lo acontecido. “La actividad ritual suele desarrollarse en los momentos trascendentales de mutación de la existencia individual o colectiva y nace de nuestras propias emociones. Ritualizar consiste en traducir esas emociones en un relato” (Aullé, 1998, p. 69).

El ritual permite desprivatizar la pérdida, dar muestras del dolor y bordear –con un relato construido colectivamente– el lugar vacío que establece la ausencia del difunto.

La eficacia es un elemento característico del rito. En el ritual funerario, según el discurso manifiesto, los símbolos que lo definen y estructuran tienen como finalidad guiar al difunto, prepararlo y disponerlo para su destino definitivo. No obstante, en el discurso latente su finalidad es otra porque el ritual sirve para controlar lo aleatorio, lo episódico y para apaciguar la angustia que nos produce el cadáver y la idea de la muerte (Aullé, 1998, p. 69).

La tumba, por su parte, es una instalación que ocupa un lugar en el espacio: es localizable y tiene materialidad. Sepultar un muerto es el acto de ocupar un espacio físico con los restos y el nombre de la persona fallecida, con ello se honra y ofrece respeto al ser humano que perdió la vida, al tiempo que se brinda consuelo a los deudos.

La prueba de realidad configurada de tal manera permite al duelo avanzar en el retiro de las investiduras libidinales de la persona fallecida y tenerlas a disposición para otros movimientos vitales. El duelo por la desaparición forzada tiene un carácter violento y traumático. Ninguno de los parámetros que hace al trabajo de duelo se cumple. Tal vivencia atenta contra la integridad del aparato psíquico y confronta al sujeto con la dimensión de lo inasimilable, de lo que se resiste a la simbolización, y produce por ello

verdaderos procesos de devastación psíquica de carácter irreparable. La sorpresa por la ausencia, por la falta de un llamado, se transformó de pronto en búsqueda. El silencio, la falta de información, el no saber, acompañaron al paso del tiempo, a la espera.

Desde la perspectiva de Allouch (1995) el duelo no supone desatar las ligaduras con el muerto sino más bien cambiar o reconfigurar la relación con aquel. La clínica permite concluir que en muchos casos de familiares de desaparecidos se fue configurando una gramática de la desaparición y una escritura un poco más individualizada de la suerte que corrió cada uno de los desaparecidos, gracias a los diferentes mecanismos legales que los familiares activaron a favor de la verdad y el duelo. Aun así, los mismos siguieron siendo precarios a los fines específicos de reconfigurar la relación con los ausentes, ya que en el plano inconsciente permanecen detenidos y torturados cada nuevo día.

El duelo también ha sido conceptualizado por Allouch (1995) en su carácter de acto resolutivo. El acto supone de este modo el pasaje por tres tiempos lógicos orientados a la inscripción subjetiva de lo perdido: el instante de ver, en el cual la realidad se configura a través de los órganos de los sentidos; el tiempo de comprender, que no es en soledad y se viabiliza mediante procesos cognoscitivos complejos que suponen la interpretación, la confrontación de datos, la comunicación, entre otros; y el tiempo de concluir, basado en una toma de posición frente a la realidad y un acto resolutivo. En el duelo por las personas desaparecidas, cada uno de estos tiempos lógicos ha sido desfigurado y dilatado sin punto de corte más que la propia muerte de quien sobrevive al desaparecido. Quizás algo de lo no simbolizable e insoportable de tales duelos indujo a algunos familiares a poner punto final a su irresoluble sufrimiento a través del suicidio.

La Conadep (ver nota 4), los Juicios por la Verdad y los juicios penales permitieron la circulación y articulación de datos dispersos, pero los duelos no terminan de tramitarse por el silencio impune, cruel e indolente de los represores, que perpetúa su delito. Para algunas personas la búsqueda continúa. Para otras, se precisan sentencias que no solo juzguen a los responsables por desapariciones sino también por los asesinatos.

Gracias al trabajo del Equipo Argentino de Antropología Forense algunos familiares pudieron recuperar los restos de sus seres queridos y transitar los ritos funerarios. Estela de Carlotto, presidenta de Abuelas de Plaza de Mayo, pudo saber que su hija había dado a luz, por el hallazgo de la posición de sus caderas.

Al proceso de deshumanización que se le ha infligido al desaparecido durante su cautiverio se suma el despojo del rito funerario, quizás el signo de humanización más inquebrantable y trascendente a lo largo de la historia de la humanidad.

Marmer (2016) se refiere a una clase de duelo que no ha sido suficientemente relevada y considerada en su importancia a nivel colectivo: el duelo por los amigos desaparecidos. Y se pregunta el porqué de este vacío en el pensamiento y en la teorización. Si es necesario considerar los diferentes modos en los que se irradia socialmente el efecto de la desaparición, entonces debemos considerar que los amigos, aquellos que pertenecen a la misma generación a la que pertenecía quien desapareció, que probablemente compartieron experiencias políticas o afectivas similares, deben elaborar un duelo particularmente doloroso en el que también se ponen en juego fuertes sentimientos de culpa e incertidumbre. Marmer sostiene que el desconocimiento de la potencia social que concierne a la pérdida de un amigo está al servicio de excluir a una parte de la sociedad de la necesidad de tramitar el duelo. Se trataría de restringir al ámbito de la familia el trabajo de elaborar esa pérdida, sin reconocer el poder expansivo de ese dolor, restringiendo de ese modo la dimensión cuantitativa de quienes son considerados *afectados*.

Desde los inicios de nuestra experiencia clínica hemos podido constatar que en la desaparición forzada la privación de la prueba de realidad y la inscripción consciente e inconsciente de la muerte, no solo estaban configuradas por la ausencia de cuerpo, de rito y de sepulcro, sino también por la falta de esclarecimiento de lo ocurrido y la imposibilidad de un encadenamiento significativo que en su singularidad les permitiera a los familiares establecer certezas. Y fue eso precisamente lo que siguió motorizando los reclamos jurídicos (ESM del CELS, 2008a).

Luego que en 1995 el excapitán Adolfo Scilingo, confesara públicamente su responsabilidad en los vuelos de la muerte, el CELS resolvió realizar una serie de presentaciones judiciales en las que reclamaba el derecho a la verdad y también el derecho al duelo de los familiares de los desaparecidos. El planteo judicial consistía en exigir que la justicia penal investigara adecuadamente los hechos, aun ante la imposibilidad que en ese momento existía de imponer castigos. Las acciones jurídicas nacionales en los casos *Mignone, Lapacó y Urteaga* alcanzaron algunos logros parciales.

En 1998 distintos organismos de DDHH⁸, en vista de que las autoridades judiciales argentinas habían rechazado la solicitud, reclamaron la admisibilidad ante la CIDH del caso de Carmen Aguiar de Lapacó, madre de Plaza de Mayo, y Alejandra Lapacó (su hija) desaparecida en 1977. En esta presentación –que tenía por objeto determinar lo ocurrido a Alejandra tras su detención en un operativo en el que Carmen misma fue detenida y luego liberada–, se reclamaba el derecho a la verdad y al duelo. En el pedido ante la CIDH se remarcó que en el momento de retorno a la democracia la Conadep no llegó a reconstruir las historias particulares de cada uno de los detenidos desaparecidos. Mediante un acuerdo de solución amistosa derivado de la referida presentación ante la CIDH, el Estado argentino asumió una serie de compromisos con respecto al derecho a la verdad, tales como la aceptación y garantía de ese derecho, señalando que consiste en el agotamiento de todos los medios para alcanzar el esclarecimiento acerca de lo sucedido con las personas desaparecidas. Tal acción sentó las bases para la posterior instalación de los Juicios por la Verdad, los que a su vez abrieron el camino hacia la reapertura de los juicios penales contra los represores luego de que se declarara la inconstitucionalidad de las leyes de impunidad.

La narración del trauma ante la justicia

En los casos en los que el desarrollo de los juicios implicó el testimonio concreto de las víctimas, ha sido enorme el trabajo psíquico que estas debieron realizar para que sea posible su declaración ante los Tribunales.

Wikinski (2016) sostiene que para construir un testimonio acerca de lo vivido, el testigo/víctima debe atravesar cuatro obstáculos subjetivos: la narración de lo traumático, la declaración ante la justicia, la vergüenza, y el hablar en nombre de otro.

El atravesamiento de estos obstáculos forma parte del trabajo que el ESM desarrolla en el acompañamiento clínico y psicojurídico a los testigos/víctimas al afrontar su declaración ante la justicia.

A los sobrevivientes de los CGD, que, como ya hemos dicho, han padecido durante su cautiverio un ataque sistemático a la percepción, el ritual jurídico les exige paradójicamente construir una declaración en la que ofrezcan con una seguridad absoluta un relato acerca de aquello que creen haber percibido, como si sus recursos perceptivos hubieran estado disponibles e inalterados durante el curso de la experiencia traumática de la que deben dar cuenta ante el tribunal.

Esto exige de la víctima el esfuerzo descomunal de transformar su experiencia ya no solo en materia lingüística, sino también en materia jurídica (Wikinski, 2016).

Cuando se trata de la declaración de una víctima ante la Justicia, el trabajo elaborativo y la construcción del testimonio son necesariamente concurrentes y se producen tanto a partir del acompañamiento psicojurídico, como del abordaje clínico que se desarrolla a lo largo del tiempo.

Pero en algunos casos se trata también del acompañamiento puntual que la presencia del terapeuta realiza en el momento de la declaración ante la Justicia. Un terapeuta de nuestro equipo se hallaba acompañando a una testigo mientras esta esperaba el momento de iniciar su declaración ante la justicia. Por un descuido del Tribunal, en un cuarto intermedio el responsable de la desaparición de su

8 Abuelas de Plaza de Mayo, Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, CELS, Centro por la Justicia y el Derecho Internacional, Familiares de Detenidos Desaparecidos por Razones Políticas, Liga Argentina por los Derechos del Hombre, Madres de la Plaza de Mayo Línea Fundadora, Movimiento Ecueménico por los Derechos Humanos y Servicio de Paz y Justicia.

padre pasó delante de la puerta abierta de la sala en la que esperan los testigos. El acusado la miró fijamente. La testigo estalló en angustia y esto puso seriamente en riesgo su posibilidad de declarar. En una oportuna intervención su terapeuta le propuso que incluya en su declaración lo que acababa de ocurrirle. Esto permitió que la declaración se produzca y al mismo tiempo puso a la testigo-víctima a salvo de la disyuntiva entre declarar sumida en un desborde de angustia, o no declarar y asumir la culpa por no poder hacerlo.

A modo de cierre

Una práctica clínica concerniente a los efectos traumáticos de crímenes de lesa humanidad no puede permanecer ajena a las circunstancias políticas y jurídicas que ofrecen marco a esta práctica.

Sin dudas, el hecho de que la política de memoria haya sido política de Estado en Argentina en la primera parte del Gobierno de Alfonsín, y luego durante los Gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner, ha sido una cuestión central en el trabajo elaborativo de las víctimas. El desarrollo de los juicios, el establecimiento del Banco Nacional de Datos Genéticos (archivo fundamental en el trabajo de identificación de restos de víctimas de desaparición forzada, en la identificación de niños apropiados y en la recolección de pruebas para determinar la comisión de delitos de lesa humanidad), el establecimiento de sitios de memoria, la fundación del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de DDHH Fernando Ulloa, son algunos ejemplos de los recursos para el conocimiento de la verdad que se ofrecen a las víctimas y a la sociedad.

Las dimensiones jurídica y clínica se transformaron y transforman mutuamente. Los juicios, las sanciones a los culpables, la investigación de lo ocurrido, la apertura de los Tribunales para dar voz a las víctimas, les permiten transitar su experiencia traumática en menor soledad. El efecto en la sociedad es invaluable, puesto que la ley restablece un ordenamiento perdido durante la dictadura e impide la insidiosa instalación de la impunidad.

Al mismo tiempo las características del padecimiento traumático pulsaron nuevas estrategias y consideraciones legales en el marco jurídico. La consideración de la desaparición como tortura y la extensión del concepto de víctima incluyendo a los familiares de desaparecidos (incluso a cuarenta años de su desaparición) permitió su inclusión en las políticas reparatorias, estableció una estrategia de acompañamiento específico en los casos en los que debieron declarar en los juicios, y les permitió acceder a atención psicológica gratuita en el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de DDHH Fernando Ulloa.

Las necesidades subjetivas de las víctimas relativas a saber qué suerte corrieron sus familiares desaparecidos y elaborar el duelo, las impulsaron a sostener de modo incansable acciones legales que fueron allanando el camino no solo hacia la reapertura de los juicios, sino además hacia el reconocimiento de la verdad como derecho en los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales. La Oficina del Alto Comisionado de la Organización de las Naciones Unidas publicó en 2006 un *Estudio Sobre el Derecho a la Verdad*. Este informe releva entre las bases jurídicas e históricas del derecho a la verdad, los reclamos de los familiares de las personas desaparecidas en la década del '70. Asimismo, y como expresión explícita del enlace entre las dimensiones de lo traumático y el rol de la Justicia, toma como referente en distintos momentos el caso argentino y destaca que los Juicios de la Verdad se basaron en el *derecho al duelo* y a la cicatrización de las heridas a nivel individual y de toda la sociedad. El informe destaca que los tribunales penales federales han desarrollado una importante jurisprudencia que reconoce y afirma el derecho de las víctimas y de la sociedad a conocer la verdad de las violaciones; y resalta que la verdad contribuye a la lucha contra la impunidad y al fortalecimiento de la democracia.⁹

Asimismo, en lo atinente a la clínica del duelo con sobrevivientes y familiares de los detenidos desaparecidos, es impensable un abordaje que segregue la dimensión jurídica relativa a la búsqueda de verdad

9 Asamblea General de las Naciones Unidas, El derecho a la verdad. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. 12° período de sesiones, 21 de agosto de 2009. A/HRC/12/19. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/12session/A-HRC-12-19_sp.pdf

y justicia por los crímenes sufridos. La experiencia clínica confirma que las acciones judiciales y extra-judiciales encaminadas al esclarecimiento de los crímenes y la sanción de los responsables, favorecen los procesos elaborativos de las secuelas de la violencia y la crueldad, aun cuando no fuera posible la completa superación del trabajo de duelo.

La estrategia psicojurídica recoge las conceptualizaciones clínicas que han sido analizadas en este artículo, construye una lectura acerca del impacto singular que lo traumático ha producido en quien debe dar testimonio ante la justicia, y se propone centralmente no solo contribuir al curso fecundo del proceso jurídico, sino también proteger psíquicamente a la víctima, evitar en lo posible que deba pagar con su propio sufrimiento la búsqueda de Justicia (ESM del CELS, 2008b y Noailles, 2014).

Como se consigna en este artículo, el CELS ha incluido en su alegato en la Megacausa ESMA III una consideración específica respecto del valor de la palabra del testigo, la construcción del recuerdo en el caso específico de quienes estuvieron cautivos en los CCD, el trabajo psíquico en la construcción del testimonio y el impacto del trauma en la construcción narrativa. También se incluyó en el alegato una referencia a la construcción del testimonio por parte de los familiares de desaparecidos.

Es muchísimo lo que falta por hacer. Hay aún muchos sectores en el espacio de lo jurídico que reducen el concepto de tortura a un acto concreto que se produce sobre el cuerpo de un detenido (desconociendo a la desaparición en sí misma como tortura), que son refractarios a la incidencia del trauma y sus efectos en la declaración del testigo, que no reconocen el derecho a la verdad y a la justicia y sus efectos reparatorios a nivel psíquico.

Pero también corresponde mencionar que el trabajo de los Equipos de Salud Mental de los organismos de DDHH ha logrado incidir en gran medida en la agenda jurídica y en los modos de abordaje que en algunos ámbitos desarrolla la Justicia.

Hemos debido atender a los tiempos políticos y jurídicos, al tiempo que ha sido imperioso acompañar sin pausa las necesidades y tiempos subjetivos. Falta aún mucho por recorrer, pero han sido hasta acá los familiares, los amigos, los testigos y sobrevivientes quienes nos han marcado los modos de avanzar tanto en el sostenimiento de la memoria como en la búsqueda de verdad y justicia.

Referencias

- ALLOUCH, J. (1995). *Erótica del duelo en tiempo de la muerte seca*. Buenos Aires, Argentina: Edepl.
- ANDRIOTTI ROMANIN, E. (2013). *Decir la verdad, hacer justicia. Los Juicios por la Verdad en Argentina*. ERLACS, 94, 5-23. Disponible en: <http://doi.org/10.18352/erlacs.8389>
- AULAGNIER, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ed.
- AULLÉ, M. (1998). *La ritualización de la pérdida*. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 67–82.
- BIAGGIO, M. (2009). *De las apropiaciones a las restituciones: el reconocimiento de la identidad de los nietos desaparecidos en la última dictadura militar argentina* (Tesis de maestría no publicada). Instituto de Altos Estudios Sociales. Universidad de San Martín, Buenos Aires, Argentina.
- BLEICHMAR, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ed.
- CALVEIRO, P. (2008). *Poder y desaparición. Los campos de concentración en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Colihue.
- CELS (2016). *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2016*, Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- CELS (2017). *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2017*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Equipo de Salud Mental del CELS (2000). *Perdurabilidad de lo traumático*. En CELS (Ed.), *Derechos Humanos en Argentina, Informe Anual 2000* (pp. 85–92). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Equipo de Salud Mental del CELS (2001). *Derecho y Psicoanálisis. El daño psíquico y el sufrimiento como "prueba"*. En CELS (Ed.), *Derechos Humanos* (pp. 61–68). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Equipo de Salud Mental del CELS (2007). *La reparación, acto jurídico y simbólico*. En IIDH (Ed.), *Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio. Aportes psicosociales* (pp. 275–320). Costa Rica. Disponible en: <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1758/aportes-psicosociales-2008.pdf>
- Equipo de Salud Mental del CELS (2008a). *La verdad, la justicia y el duelo en el espacio público y en la subjetividad*. En CELS, *Derechos Humanos en Argentina, Informe 2008*, Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI, capítulo XII. Disponible en: <http://www.cels.org.ar/common/documentos/1998.Capitulo12.pdf>
- Equipo de Salud Mental del CELS (2008b). *Estrategia psicojurídica en un proceso de litigio por secuestro seguido de torturas y muerte durante la dictadura militar argentina*. Disponible en: <https://biblioteca.iidh-jurisprudencia.ac.cr/index.php/documentos-en-espanol/prevencion-de-la-tortura/1827-estrategia-psycojuridica-en-un-proceso-de/file>
- FEIERSTEIN, D. (2017, marzo). *Lo que dicen los números*. *Le Monde Diplomatique*, pp. 6–7.
- FILIPPINI, L. y CAVANE, A. (2015). *Procesos contra cómplices judiciales en democracia*. En J. Bohoslavsky (Ed.), *¿Usted también, doctor? Complicidad de jueces, fiscales y abogados durante la dictadura* (pp. 381–398). Buenos Aires, Argentina: Ed. Siglo XXI.
- FREUD, S. (1905/1974). *Tres ensayos de teoría sexual*. En *Obras Completas*. Tomo VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ed.
- FREUD, S. (1915/1993). *Duelo y Melancolía*. En *Obras Completas*, Tomo XIV, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ed.

MARMER, M. (2016, noviembre). *La singularidad del duelo por un amigo desaparecido. A propósito de la aparición de los restos de Lila Epelbaum*. Trabajo presentado en el IX Seminario Internacional Políticas de la Memoria, Centro Cultural Haroldo Conti, Buenos Aires, Argentina.

NACIONES UNIDAS (2006). *Promoción y Protección de los Derechos Humanos. Estudio sobre el Derecho a la Verdad*. Autor: Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=E/CN.4/2006/91>

NOAILLES, G. (2014a). *La palabra del victimario. Confesar, hablar, declarar, testimoniar*. En C. Gutiérrez y G. Noailles (Eds.), *Destinos del testimonio: víctima, autor, silencio* (pp. 161–176). Buenos Aires, Argentina: Ed. Letra Viva.

NOAILLES, G. (2014b). *El valor del testigo*. En C. Gutiérrez y G. Noailles (Eds.), *Destinos del testimonio: víctima, autor, silencio* (pp. 27–46). Buenos Aires, Argentina: Ed. Letra Viva.

SCHINDEL, E. (2003). *Desaparición y Sociedad. Una lectura de la prensa gráfica argentina (1975–1978)*. Disertación inaugural para obtener el doctorado. Departamento de Ciencias políticas y sociales. Universidad Libre de Berlín. Alemania. Disponible en: <http://www.rehime.com.ar/escritos/documentos/idxalfa/s/schindel/Schindel%20-%20Desaparicion%20y%20Sociedad%202003.pdf>

STEPAN, A. (1988). *Rethinking Military Politics: Brazil and the Southern Cone* Princeton (pp. 69-70). NJ, Princeton University Press.

ULLOA, F. (1998, diciembre 24). *La encerrona trágica en las situaciones de tortura y exclusión social. Página/12*. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/1998/98-12/98-12-24/psico01.htm>

WIKINSKI, M. (2016). *El trabajo del testigo. Testimonio y experiencia traumática*. Buenos Aires, Argentina: Ed. La Cebra.

(2023). Este texto fue publicado en el libro *Violación de derechos humanos en América Latina—Reparación y rehabilitación*, editado por Elizabeth Lira, Marcela Cornejo y Germán Morales, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

(2022). Publicado también en el libro *Human Rights Violations in Latin American. Reparation and Rehabilitation*, editado por Elizabeth Lira, Marcela Cornejo y Germán Morales (pp. 31–42), Suiza: Ed. Springer.

El método de desaparición forzada y los juicios de lesa humanidad.

La autora

Julieta Calmels

Psicóloga. Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ex directora del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa" de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

Las dimensiones del trauma. Reflexiones desde la experiencia argentina

Julieta Calmels

El carácter general de una catástrofe se define en última instancia por los modos con los cuales abarca a sectores importantes de una población; pero el traumatismo determina el modo por el cual estas catástrofes padecidas en común, atacan la subjetividad o impactan en la subjetividad de manera diferente en aquellos que la padecen. Pero ¿son válidas las herramientas que tenemos para trabajar en procesos traumáticos?¹

La psicoanalista argentina Silvia Bleichmar se hacía esta pregunta que retomamos aquí para reflexionar sobre la noción de trauma y traumatismo en el contexto argentino y en el marco del trabajo de asistencia y acompañamiento a víctimas de graves violaciones a sus derechos humanos que realiza el Centro Ulloa.

Esta tarea central que despliegan diversos equipos técnicos y profesionales a lo largo del país supone el encuentro permanente con personas que sufrieron y sufren graves traumatismos. Esto hace, por ejemplo, que en los juicios por delitos de lesa humanidad se desplieguen, una y otra vez, dimensiones terribles del traumatismo y sus consecuencias en la vida de las personas.

En el período de reapertura de los juicios por delitos de lesa humanidad en nuestro país (2006), se escuchaba decir que “los jueces no estaban preparados para escuchar las cosas que los testigos tenían para contar”. Se pensaba en el impacto y la dimensión del horror que se hacía público a escala nacional y en juicios orales en toda la Argentina. Y eso sucedía a través del cuerpo y la voz de las mismas personas que lo habían padecido, relatándolo en muchos casos frente a sus torturadores, apropiadores o responsables de la desaparición de sus compañeros o familiares. A casi diez años de aquel momento histórico que transformó nuestro país y puso al Estado nacional de cara al pueblo y a la historia, podemos decir respecto de este punto estrictamente lo mismo. No solo la justicia; nadie está preparado ni podría estarlo para escuchar, presenciar los relatos sobre el horror del genocidio argentino.²

Dicho esto, que, en otras palabras, significa que por definición no hay preparación ante el horror y tampoco para su relato, nos queda como posibilidad asumir este límite para hacer algo a partir de ello. Quienes trabajamos en el marco del Estado nacional inscribimos esa tarea dentro de lo que se denomina políticas de reparación, las cuales buscan ofrecer condiciones para un trabajo de elaboración, de un tiempo y un espacio diferentes, para hacer algo distinto con los efectos traumáticos del horror. Para instaurar otra escena donde puedan interrumpirse las series mortíferas de la repetición, series que operan en lo singular y en lo colectivo, con lo específico que cada una de estas dimensiones tiene y que incluye los modos de articulación entre ambas.

1 Bleichmar, S., *Conceptualizaciones de catástrofe social. Límites y encrucijadas*. En: Waisbort, Daniel., y otros (comp.). *Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales. La experiencia argentina* (pp. 35–51). Buenos Aires: Paidós.

2 La psicoanalista Silvia Bleichmar ubica el “sentimiento de irrealidad” como característico del encuentro con aquellas situaciones que es imposible que ocurran, imposible en el sentido simbólico. Lo dice así: “Cuando el plano de la realidad se convierte en irreal –porque lo que está ahí no tendría que estar ahí– produce en el sujeto la sensación de que el espacio real deviene virtual. Y él entonces también deviene virtual y no existente. Como una posibilidad, no solamente como una defensa. Es el mismo sentimiento de irrealidad que tenemos cuando nos encontramos con algo que es imposible que ocurra” (2009). En: *Inteligencia y simbolización. Una perspectiva psicoanalítica* (p. 421). Buenos Aires: Paidós.

A partir de estas condiciones, quisiéramos reflexionar sobre un concepto clave para el trabajo que hacemos como es el de trauma. Esta necesidad se ubica en el marco de la experiencia argentina de muchos años de trabajo con personas que sufrieron graves traumatismos. Valga a todas ellas el reconocimiento y la gratitud por el lugar que dieron para acompañarlos, por su confianza y por abrir su dolor ante equipos de profesionales pertenecientes al Estado.

La historia de nuestro país ofrece diferentes momentos en lo que hace al lugar y responsabilidad del Estado ante el horror, diferente relación con la ley jurídica y simbólica. Estas profundas variaciones forman parte de la memoria colectiva y han dejado efectos sociales y singulares muy profundos sobre los que queremos reflexionar.

El impacto de ello en la vida de las personas es lo que nos lleva aquí a plantear que para pensar y trabajar con lo traumático hay que contemplar tres elementos: lo exterior (la violencia que afecta a las personas dejándolas en posición de objeto), lo singular de cada sujeto (en lo que hace a los modos de recepción de esa violencia y los enlaces y des-enlaces que en cada quien produce en la temporalidad de la vida) y lo social en sentido amplio (es decir, qué se hace con esa violencia producida y con las personas singulares que la han sufrido desde la comunidad, el Estado y la Justicia, que es parte del Estado pero que vale aquí discriminar). Queremos remarcar con ello cómo lo traumático tiene necesariamente una vinculación con el campo del Otro en las variadas formas en que este pueda aparecer.

Estas tres dimensiones, a nuestro entender, componen, configuran y hacen a lo traumático. Las discriminamos a modo operativo para pensarlas, ya que, en el trabajo con cada persona, todas ellas están ensambladas en la modalidad traumática de cada quien. Aquí las diferenciamos con el objetivo de poner de relieve la dimensión social pues el proceso de memoria, verdad y justicia evidenció que tiene un peso específico al momento de trabajar con lo traumático, no asimilable a las otras dos dimensiones.

La clínica de lo traumático

“La clínica de lo traumático se diferencia de la clínica de lo neurótico tanto como la novela negra norteamericana se diferencia del policial inglés. El detective del policial inglés es una persona sedentaria que con su inteligencia resuelve enigmas sin que se le apague la pipa. En cambio, los detectives de Dashiell Hammet o Raymond Chandler se meten en el barro de la experiencia, ponen el cuerpo, lo exponen y pueden llegar a salir magullados. Para estos detectives el enigma, si lo hay, es un detalle menor. No es que algunos psicoanalistas sean como Sherlock Holmes y otros como Philip Marlowe. Son los casos mismos los que deberían determinar el analista que les corresponderá. La clínica de lo neurótico nos vuelve Holmes; la de lo traumático nos acerca a Philip Marlowe”.³

Como menciona el epígrafe del presente apartado, el trabajo con lo traumático se refiere más al campo de batalla con lo real que al trabajo, ya más conocido y tematizado, en torno a lo reprimido. Colette Soler usa la palabra “golpe” de lo real para hablar del impacto y la no preparación del sujeto ante lo traumático, dice que “el evento traumático es un real”.⁴

Como puede suponerse, esta clínica se emparenta con lo que Freud había definido con el nombre de “neurosis de guerra”, poniendo ya en la denominación de este cuadro clínico la fuerza del elemento exterior, de ese real con potencial traumático como lo es, por ejemplo, una guerra, un terremoto, una catástrofe, etc.⁵

3 Müller, E. (2015, 23 de julio). *Novela negra en salud mental*. En Página/12.

4 Soler, C. (2009). *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* (pp. 151–152). Buenos Aires: Letra Viva.

5 En el caso argentino hablar de “guerra” no es el mejor de los términos, habiendo saldado ya las matrices significantes de la teoría de los dos demonios, pero valga la referencia teórica como ordenadora.

A su vez hay catástrofes de tipo natural (con toda la discusión que igualmente ya se ha dado al respecto sobre la naturaleza como dimensión asilada de lo humano) y catástrofes generadas por los seres humanos. Dentro de estas últimas, pueden provocarse por individuos o por el Estado mismo (por sus representantes). En este último caso, como fue por ejemplo el terrorismo de Estado en la Argentina, las víctimas quedan ante un nivel de vulnerabilidad mucho mayor porque el Estado es quien debería ejercer justamente un rol inverso –el de protección y garantía de ley–, en vez de un rol de victimario.

Al momento de hablar de trauma, uno de los enfoques para pensarlo es la línea de constitución de la neurosis y los tiempos del trauma. Esta es una vertiente más de tipo constitutiva de la neurosis que luego fue retomada, matizada y transformada dentro de las teorías del psicoanálisis por otra noción diferente como es la del fantasma en Jacques Lacan.

Pero, además de la constitutiva, hay otra vía, ya en Freud, donde se enmarcaría más estrictamente el tipo de trabajo que hacemos desde el Centro Ulloa y tiene que ver con lo que Freud denominaba “neurosis de guerra”. Neurosis que está más vinculada ya no a lo intrapsíquico, a los procesos de la pulsión, sino con eventos externos que irrumpen en la vida del sujeto con una dimensión, una magnitud y una intensidad imposibles de elaborar para el aparato psíquico. No se pueden anticipar, no se puede inscribir –al menos bajo al modo en que irrumpen–, y no se puede salir de ellos sin algún proceso elaborativo.

Es en esa línea donde se inscribiría el tipo de trabajo y los efectos subjetivos que vamos a encontrar cuando estemos trabajando con víctimas de hechos graves, como lo son el terrorismo de Estado, la violencia institucional o, por ejemplo, el incendio de Cromañón en nuestro país.

Esta distinción no supone que la totalidad del trabajo clínico, terapéutico, con sujetos que han sufrido fuertes traumatismos esté centrado completamente en un tratamiento en torno a lo traumático, sus efectos y sus vías posibles de elaboración. Esta es una, entre otras dimensiones, pero que en la clínica que desarrollamos adquiere una preponderancia que motiva el trabajo en profundidad sobre este aspecto.

Decir que lo traumático no concita el centro exclusivo del trabajo clínico con las personas que asistimos se corresponde con una particular concepción de la figura de “víctima”. Esta supone poder reconocer en todas las personas que su condición de víctima se vincula con un acontecimiento o una serie de ellos de las que fueron objeto en un momento de su historia. Supone reconocer esta condición como punto de partida ineludible para una clínica enmarcada dentro de las políticas de reparación del Estado. Pero este punto de partida tiene que tender a poder reconocer en cada quien otras dimensiones de su existencia que no se reducen a su condición de víctima y que constituyen gran parte del potencial elaborativo, deseante, subjetivo que orienta nuestro trabajo y que busca restituir una historia singular y un sujeto único e integral en cada uno de los hombres y mujeres con los que cotidianamente buscamos hacer que la historia de violencia de la que fueron objetos no cristalice sus vidas para siempre en el lugar al que fueron llevadas: el lugar de objeto pasivo de la violencia y la crueldad.

Las tres dimensiones del trauma: lo exterior, lo singular y lo social

Lo exterior y lo singular

Estas dos dimensiones son seguramente las más presentes en la formación de los analistas y psicólogos. Están diferenciadas por Colette Soler al trabajar sobre el concepto de trauma, cuando sostiene que, por un lado, está el “golpe de lo real” y, por otra parte, “las secuelas”. Lo dice del siguiente modo:

Hay siempre dos componentes: uno que es el golpe de lo real en todas sus configuraciones y otro es lo que voy a llamar secuelas (...). ¿De qué se tratan las secuelas? Se trata de las repercusiones subjetivas. Del modo en que el sujeto lo toma, lo piensa (...) el traumatismo en su impacto es real, puro real. Las secuelas son siempre del sujeto⁶.

Aunque ya es sabido que la relación entre la realidad exterior y la realidad psíquica adquieren para cada sujeto psíquico una complejidad no abaricable en este texto, y aunque pueda ser simplificador para alguno, es necesario subrayar que en nuestra tarea hay hechos materiales que es importante tener presentes al momento de trabajar con lo traumático. Importa identificar cuál es la violencia vivida, objetiva, material. No es lo mismo, por ejemplo, haber estado secuestrado que no haberlo estado, haber recibido torturas en el cuerpo que no haberlas padecido, haber sido violado que no haber sufrido esa violencia sexual, haber sido apropiado y negada la identidad que haber crecido sabiendo quién es uno.

6 Soler, C. (2009). *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* (pp. 151–152). Buenos Aires: Letra Viva.

Aquí resuena con más densidad la importancia crucial (teórica y clínica) en lo que hace al campo de las fantasías y al campo de los hechos como dos universos diferentes, sin que por ello dejemos de reconocer como cada uno interviene en el otro.

Así también este trabajo en los límites del sufrimiento psíquico nos aporta mayor comprensión respecto de la complejidad señalada al comienzo de este apartado, que incide tanto en la clínica que realizamos con los pacientes que han atravesado estas dimensiones de lo traumático, como en la posibilidad de ampliar y enriquecer conceptualmente nuestro corpus teórico.

Pensamos que los hechos importan, y junto a ello las marcas singulares que estos hechos, estos golpes, dejan en el cuerpo y en el psiquismo de cada persona: impresiones sensoriales/senestésicas y también significantes como las palabras que se proferían en las torturas o en las apropiaciones. Hechos que tienen una particular presencia en lo traumático y que se evidencian en las series de la repetición, cuando aquel real se reedita en pesadillas, pensamientos intrusivos, sensaciones corporales, etc. En un ejemplo cotidiano de la clínica actual, como lo es la asistencia que realizamos a las víctimas del incendio de Cromañón, aparece el tema del “olor a quemado” como elemento recurrente que despierta ansiedades y pánicos por la equivalencia inmediata con los hechos vividos durante el incendio.

Así, para cada tipo de población corresponde una serie de signos de alto valor para el trabajo clínico. Signos que no aparecen por el lado de lo metafórico, de la ecuación, sino por el lado de la emergencia de fragmentos del impacto real mismo, evidenciando justamente las dificultades para la represión (y todos sus derivados posteriores: síntomas, sueños, etc.) de esas vivencias.

Silvia Bleichmar trabaja sobre esta perspectiva analizando los modos patológicos de emergencia del traumatismo: “No tienen el carácter simbólico que Freud le concede al síntoma, sino que forman parte de la presencia de lo visto y de lo oído que operan en el sujeto sin una metábola posible”⁷. En el mismo orden de cosas, introduce la diferencia entre la noción freudiana de signos de percepción y la de representación. Los signos de percepción “como un pedazo de materialidad bruta proveniente de lo no recompuesto, mientras que la representación tiene la característica de ser siempre una recomposición y es siempre una metábola, el signo de percepción puede ser no metabolizable”⁸.

En la clínica de lo traumático, los hechos tienen un peso propio que reaparece una y otra vez como aquello de lo cual el sujeto no puede, a pesar suyo, desligarse y que ofrece a la escucha y la mirada del analista una sensación muy cierta de que el tiempo no ha transcurrido. Es el “olvido imposible del traumatizado, es el retorno de algo en lo que el sujeto no se ubica, no se reconoce. Por eso el retorno del trauma es en sí mismo retraumatizante”⁹. Hay un quantum de violencia que impactó en la vida de las personas con las que trabajamos que produjo lo que muchos de ellos relatan como un “no poder volver a ser los mismos que eran”.

Estas particularidades de lo traumático explican en parte lo que algunos autores han denominado la dificultad de muchos sujetos para que una “vivencia” se transforme en “experiencia”, es decir, en una apropiación subjetiva simbolizable, metabolizable, transcriptible, pensable de lo que han vivido.¹⁰

En el trabajo del Centro Ulloa, a su vez por la tarea de acompañamiento a las víctimas-testigos en los procesos judiciales, los hechos vuelven a cobrar un lugar especial porque la justicia demanda que se

7 Bleichmar, S. (2009). En *Inteligencia y simbolización. Una perspectiva psicoanalítica* (p. 343). Buenos Aires: Paidós.

8 Bleichmar, S. (2009). En *Inteligencia y simbolización. Una perspectiva psicoanalítica* (p. 309). Buenos Aires: Paidós.

9 Soler, Colette. Op. Cit., p. 144.

10 Entre otros autores, véase Gervasio Noailles cuando, retomando las nociones de Walter Benjamin y de Beatriz Sarlo, sostiene que “una vivencia se convierte en experiencia cuando puede ser transmitida a otro por medio de un relato”. Noailles, Gervasio, “El valor del testigo”. En: Noailles, Gervasio; y Gutiérrez, Carlos. *Destinos del testimonio: víctima, autor, silencio*. Buenos Aires: Letra Viva, 2014, p. 31. Véase también Silvia Bleichmar cuando trabaja sobre el concepto de experiencia: “la experiencia para Bion no es aquello vivenciado, sino aquello que puede ser pensado (...) de modo que lo vivenciado produce elementos sensoriales que tienen que ser procesados”. Bleichmar, Silvia (2009). *Inteligencia y simbolización. Una perspectiva psicoanalítica* (p. 391). Buenos Aires: Paidós.

hable de ellos (ese es justamente el pedido de testimoniar) y porque su función consiste en probar la existencia de esos hechos como parte de la tarea de hacer justicia, de impartir una condena.

En nuestro caso, no se trata en absoluto de interrogar sobre los hechos, así como tampoco indagar detalles o exponer a la persona a relatar episodios que no surjan por sí mismos de una u otra forma (por el discurso o por la sintomatología). Incluso podríamos decir que es contraindicado asumir una posición de “querer saber todo lo que pasó”, posición que se corresponde más con las ansiedades o fascinación del analista ante lo traumático, que con una necesidad del sujeto al que asistimos o acompañamos en un juicio.

Reconocida y valorada esta dimensión, es posible trabajar luego acerca de cómo en cada quien se vivió subjetivamente un hecho, qué significación se le dio, con qué serie de otras vivencias previas y de significaciones se encadena y con qué aspectos pulsionales de cada quien se enlaza esa vivencia. A la vez, cuánto de esta vivencia ha sido simbolizada, transformada en una experiencia posible de ser incluida en el ámbito clínico y testimonial como un relato. Y cuánto o cuáles tramos de esa vivencia aún permanecen en esa actualidad sin tiempo de lo traumático sin elaborar. Esta es la tarea con cada sujeto, la de trabajar con la dimensión de las secuelas y la posición subjetiva de las personas ante esto. También en la singularidad de cada historia y de cada persona habrá que valorar qué recursos subjetivos, simbólicos, estructurales tiene, con qué trama vincular cuenta para soportar el trabajo de inscripción, de procesamiento de lo traumático. Entendiendo, claro está, que la pretensión de elaboración completa de la experiencia traumática es por definición una tarea imposible.

Lo social: comunidad, Estado y ley

Una tercera dimensión tiene que ver con lo que genéricamente podríamos definir como dimensión social. Entendemos que el trauma no es solamente el hecho y cómo impacta en cada a quien, pensamos que no alcanza para ser comprendido con estos componentes, sencillamente porque el sujeto existe en relación a un otro. Y en los traumas que son producto de hechos sociales que a su vez configuran violaciones a los derechos humanos como lo es el terrorismo de Estado, el atentado a la AMIA, la violencia institucional, etc., más que en cualquier otro trauma, se hace evidente el peso del componente de lo social, sea este social la comunidad, el Estado o la justicia.

El peso que damos a esta dimensión no supone en absoluto la concepción de una socialización de la psiquis, mucho menos de lo inconsciente. Más bien queremos resaltar que esta dimensión es determinante para pensar lo traumático, porque a su vez es una dimensión determinante de todo sujeto, haciéndose evidente en estos casos mucho más que en otros.

La comunidad

Los organismos de derechos humanos en la Argentina y también hoy el conjunto de grupos de madres que reclaman justicia por la muerte de sus hijos por las Fuerzas de Seguridad o por la trata de personas son ejemplos paradigmáticos de un tipo de reacción social. En primer lugar, por la operación de puesta en discurso de estas situaciones, por la construcción de estos hechos no como hechos meramente singulares, sino como fenómenos sociales. Las siluetas en la Plaza de Mayo, los pañuelos blancos, los carteles con las imágenes de los hijos desaparecidos o asesinados han dado no solo visibilidad, sino un piso de enunciación y construcción social del problema, así como una significación acerca de esos hechos: “asesinatos” “desaparición con vida” “terrorismo de Estado” y una interpretación de los lugares: víctimas y victimarios. En todos estos casos hay una sanción social de los hechos y una búsqueda de reparación vía la demanda de una ley transgredida: “juicio y castigo a los culpables”. Esta demanda es un gesto ético –invaluable, en algún sentido– pues en ninguno de estos casos las personas que fueron víctimas cometieron actos de venganza, hecho que, como sociedad, como pueblo, nos emplaza como un pueblo donde la ley simbólica se ha encarnado con una profundidad inusitada. Ni un solo familiar se asimiló a sus “verdugos”, ni entró en la rueda mortífera de la venganza, cuestión que implicaría otra transgresión a la ley. Por el contrario, la demanda de justicia sostiene el lugar simbólico de la ley en su

apelación, incluso ante la más profunda impunidad que vivió nuestro país en la década del '90. Dicen las Madres que, si cometieran esos actos de venganza, se emparentarían con los genocidas, con los asesinos. Y esta es la posición que, en los peores momentos de nuestro país, han mantenido como bandera de dignidad, ética y humana, en la búsqueda de restitución y emplazamiento social de la ley que se había trastocado.

Este posicionamiento ha tenido y tiene efectos subjetivos en las Madres y Familiares, así como ha tenido efectos en la sociedad. En un sentido inverso, podrían enumerarse otros posicionamientos de la comunidad (la indiferencia, la estigmatización, el rechazo, la condena social hacia las víctimas, el negacionismo) que generan efectos contrarios a los señalados y que transforman lo traumático en un dolor sin ataduras, ni ligazón social produciendo una mayor patologización individual. Junto a ello, produce en muchos de los casos un agregado de nuevas violencias como lo es el estigma y la culpabilización que colaboran en profundizar aspectos melancólicos o depresivos en las personas. Actualmente, vemos que esto es lo que sucede muchas de las veces con los familiares de las víctimas de violencia institucional que sufren estigmas sociales de peso.

El Estado y sus efectos simbólicos

Decíamos al comienzo de este texto que nuestro país ofrece diferentes momentos históricos que evidencian el papel de la dimensión social del trauma.

Pensemos algunas situaciones para adentrarnos en el tema, partiendo de las más evidentes. Por ejemplo, supongamos qué le ocurre a una persona que ha sido detenida ilegalmente, torturada, violada y que luego de veinte años puede seguir encontrándose en la calle con la misma persona que la torturó o la violó. ¿Podemos pensar solamente en el trauma con las dimensiones de los hechos y lo singular? ¿Qué condiciones existen en una situación así –como ha ocurrido en nuestro país– para elaborar lo traumático? ¿Hay que pensar solamente en las condiciones de su aparato psíquico para elaborar el trauma? ¿El trauma solo se corresponde con los efectos singulares de la violencia que vivió en el centro clandestino?

La crudeza de situaciones de este tipo pone en evidencia que en estos casos el Estado y la Justicia, como formas del "Otro" social, oficiaron durante muchos años en la Argentina perpetuando lo traumático, ya que dejaban a las personas en una situación de desamparo expuestas al encuentro con aquello que no solo retornaba en lo intrapsíquico singular, sino en la realidad exterior con todas sus consecuencias conocidas respecto de amenazas, persecuciones y nuevas violencias.

En otro orden de cosas, y en períodos contemporáneos, cuando un chico es torturado en una cárcel y luego tiene que seguir cumpliendo su condena en manos del mismo servicio penitenciario, ¿podemos pensar que el trauma es solo la violencia que sufrió en el cuerpo? Cuando el Estado y la Justicia no operan sujetos a la ley, la consecuencia es que el golpe de lo real no es un hecho que en la realidad haya concluido.

Y en un orden aún más profundo, ya no solo lo social como condiciones que favorecen o limitan (que revictimizan o reparan), sino como parte intrínseca del asunto. Hay que pensar que junto a los hechos está también el "Otro" social en tanto capaz o no de sancionar con fuerza de ley lo que ocurrió. De ley en lo jurídico y de ley en lo simbólico. Sancionar, nombrar o bien silenciar, gozar, diversas variantes de lo que hemos vivido en nuestra historia con sus respectivos efectos.

Por ello podemos plantear que salir de la escena del horror, supone tres movimientos. Por un lado, la interrupción de los hechos de violencia (materiales y simbólicos) y, por otro, un movimiento del sujeto para pasar a otra escena. Pero junto a ello, también es necesario un movimiento de las instituciones del Estado. Si la violencia se interrumpe y el sujeto realiza un movimiento en busca de posicionarse de un modo diferente, pero las instituciones no asumen lo ocurrido como algo que también les concierne, el hecho queda meramente en la interioridad de cada persona y las posibilidades subjetivas de cada quien. Los traumatismos que involucran colectivos sociales y, más aún, los que ocurren como

consecuencia de violaciones a los derechos humanos deben asumirse como un hecho que concierne al Estado, porque por definición el Estado está comprometido en esta violencia. Más radicalmente, podríamos decir que no hay posibilidad de que el Estado (sus tres poderes) no asuma posición. El tema está en cuál es la posición que va a asumir, ya que cualquiera de ellas va a producir indefectiblemente un efecto.

Ante hechos tan graves como son las violaciones a los derechos humanos, en primer lugar, debe ponerse en funcionamiento la Justicia y la reposición de la ley transgredida para reconocer las responsabilidades y hacer valer las consecuencias: la sanción. Pero incluso estando eso, también es necesario un segundo movimiento, la inscripción de las víctimas en la comunidad, que puedan filiarse a una genealogía social común que no las excluya, las segregue o las estigmatice. Este movimiento le concierne también al Estado.

Esta inscripción de las víctimas en la comunidad en la Argentina se ha producido de una manera muy intensa cuando los organismos de derechos humanos fueron incluidos en las políticas de Estado como una referencia, un modelo, generando un hecho inédito: que quien entonces representaba al Estado argentino se reconociera como “hijo de las madres y las abuelas”. Lo que hasta ese entonces había sido segregado, perseguido, estigmatizado –“las locas”–, reprimido –el 19 y 20 de diciembre de 2001 y tantas otras veces– fuera reconocido como núcleo ético de filiación de una generación y más aún de un nuevo período de la historia argentina. Esto que ha sido tan importante para nuestro país, para nuestro pasado y nuestro presente, es hoy difícil de lograr con las víctimas de violencia institucional donde las personas a menudo reciben tratos por parte de la justicia –y muchas veces de la comunidad– denigrantes hacia ellos, profundizando su dolor y desamparo simbólico.¹¹

Por otra parte, en el caso de las violaciones a los derechos humanos, el Estado debe desplegar un reconocimiento de esa violencia y sus efectos. Esto supone también reconocer la situación de desvalimiento de los sujetos ante ello, reconocer la condición de víctima, no para perpetuar esta condición, menos aún para volverla una identidad de las personas afectadas. Por el contrario, supone ofrecer a quienes quedaron en posición de objeto y sometimiento nuevas condiciones para reponer su lugar de sujeto, ofrecer a quienes están en situación de desvalimiento y desamparo (efectos propios de lo traumático) un alojamiento simbólico, un lugar de amparo desde donde comenzar el trabajo de elaboración sobre los efectos de lo traumático. Ni el Estado ni la Justicia deben por esto ahorrarle ningún trabajo al sujeto (trabajo por otra parte imposible de ahorrar), sino ofrecer condiciones para ese trabajo.

El conjunto de estos movimientos, estamos convencidos, debe provenir de la centralidad del Estado y entendemos que no es lo mismo que provenga de ahí que de otras instituciones como son la comunidad, la familia, la sociedad civil. Así como los efectos de violencia se multiplican en lo simbólico y material si estos provienen del Estado (terrorismo de Estado, violencia policial, etc.), también hay que decir que los efectos de reparación también se multiplican si surgen de él. Que sea el Estado quien asuma el peso de las políticas de reparación produce una pacificación del tormento interior porque ya hay un exterior que lo reconoce y, en ese movimiento, lo vuelve algo que existe más allá del sujeto. En este sentido, permite un lugar donde inscribir ese padecimiento como un padecimiento que ya no es

11 El arrasamiento subjetivo que supone, por ejemplo, el asesinato de un hijo por parte de las Fuerzas de Seguridad se ve sucedido muchas veces por el desprecio e inequidad de la justicia en el trámite de estos casos donde se expone a las víctimas a tener que demostrar su inocencia en una especie de inversión de pruebas donde son culpabilizadas. Todo este pasaje por la institución judicial que reniega del reconocimiento de la condición de víctimas e invisibiliza la centralidad del dolor por la pérdida de un hijo asesinado es, sin lugar a dudas, parte de lo traumático para las madres de estos chicos y así lo expresan a diario en los consultorios y lo observamos en los acompañamientos. No es meramente que a una violencia se suma otra violencia, no es solo una revictimización, sino que, en lo profundo del dolor en juego, el hecho desgarrador de que se trata y en el cual está pendiendo de un hilo en muchas veces la vida de estas mujeres es social o judicialmente desmentido como tal. Denegado, excluido de cualquier lazo al “Otro” que lo retorne como un problema social y producto de un hecho social sancionable.

solamente algo entre él y su verdugo. Permite salir de la “encerrona trágica” de la que hablaba Fernando Ulloa cuando tematizaba los efectos del terrorismo de Estado, pues ingresa ese “tercero de apelación” al que se refería el mismo autor.¹²

También hay que decir que el trabajo de los propios profesionales en la clínica de lo traumático varía si estas prácticas están enmarcadas dentro de las políticas de Estado y están sostenidas por el Estado mismo, que si no lo están. Cuando esto sí ocurre, permite a los profesionales inscribir sus prácticas en una dimensión simbólica que trasciende las voluntades individuales. También eso conlleva, claro está, un tipo diferente de responsabilidad, pues cada profesional en su práctica ya no es meramente alguien que responde a una disciplina con todos sus códigos de ética y sus marcos teóricos y referenciales sino, a su vez y por, sobre todo, un representante del Estado ante las víctimas. De allí gran parte de la eficacia simbólica de la tarea que hacemos.

La ley jurídica y la ley simbólica

Puede decirse que, ante hechos de violencia extrema, si estos no se inscriben posteriormente en un orden de legalidad que los sancione, lo traumático se perpetúa y en muchos casos, aún peor, se intensifica. Las evidencias clínicas al respecto son constantes. Si los hechos de violencia no tienen una inscripción en un orden de legalidad que los sancione y si a su vez, esta sanción (moral y jurídica) no va acompañada por una restitución de los derechos violados, los efectos también son de perpetuación de lo traumático, de intensificación de las series de la repetición sea en acto, sea en formas de reminiscencia o reexperimentación, sea en padecimientos variados.

El Estado no es cualquier institución ante la ley jurídica. Es el garante de dicha ley. Una vez consumado, por ejemplo, el hecho del terrorismo, si el Estado no repara, deja de ser garante de la ley en el plano simbólico para un sujeto. Por eso es necesario que las políticas de reparación supongan al Estado como garante y... ¿qué es lo que garantiza? La reintroducción de la ley jurídica como ordenador social y, por lo tanto, la recomposición social del contexto donde habita ese sujeto.

Ese “Otro” social tan especial que es el Estado como garante de ley no implica solamente la asunción de la responsabilidad sobre los hechos, sino algo más profundo y duradero aún: que se garantice de aquí en más un orden social regido por la ley, eso que se cristalizó con la consigna del “nunca más” y lo que jurídicamente se conoce como la “garantía de no repetición”, es decir, la seguridad de una recomposición y garantías de la ley. Si no se hace esa operación, se deja al sujeto a merced de lo que pueda solamente hacer “él” o “ella”.

Si esto no puede garantizarse como principio, la Justicia declina en su función esencial. Esto es lo que sucedió por muchísimos años en Argentina, no solamente durante la dictadura militar, sino en largos tramos de la historia democrática desde 1983 hasta 2003, donde finalmente se volvió a plantear la idea de un Estado que se responsabiliza en la búsqueda de justicia, largamente esperada y buscada por los organismos de derechos humanos en nuestro país.

La impunidad es el aspecto jurídico de un estado de cosas donde las leyes jurídicas no son respetadas y se transgreden. O bien donde los propios Estados promueven leyes que suspenden o anulan otras, como ha sucedido con las leyes y decretos de impunidad en la Argentina.

Pero este aspecto jurídico tiene un correlato simbólico que vale la pena resaltar, porque la existencia y eficacia de la ley jurídica tiene efectos simbólicos. En este sentido, puede decirse para el tema que nos ocupa que, si no hay justicia, si no hay inscripción de los hechos de violencia en el campo de ley, esta ley no opera, está suspendida. Pero tampoco hay, y esto es lo que complejiza las cosas, algo que pueda estar por completo por fuera de la ley en sentido estricto, en el sentido de una anomia social. No

12 Véase Ulloa, Fernando (1998, 24 de diciembre). *La encerrona trágica en las situaciones de tortura y exclusión social*. En Página/12. Dice: “La encerrona trágica es paradigmática del desamparo cruel: una situación de dos lugares, sin tercero de apelación, sin ley, donde la víctima, para dejar de sufrir o no morir, depende de alguien a quien rechaza totalmente y por quien es totalmente rechazado”.

hay, para un mundo humano regido por leyes simbólicas, ya no jurídicas solamente, y atravesadas por el lenguaje, hechos y personas que puedan estar por completo fuera de la ley. En esto radica, quizá, la mayor complejidad, porque no hay una vuelta posible al mundo natural, animal, no humano.

Lo que hay entonces es, por el contrario, un estado de cosas que organizado por medio de leyes simbólicas y también jurídicas permite en su interior una transgresión de esa ley, una burla a la ley. Un ordenamiento simbólico que se ve trastocado en sus propios fundamentos, entre otros, por ejemplo, el de no matar como principio básico de la vida en común.¹³

Este trastocamiento de lo simbólico es lo que lleva a algunos autores a plantear¹⁴ que en estas situaciones se trata de un problema atinente al exceso, al plus, más que un problema concerniente a la carencia, a la falta. Esta condición de plus es lo que torna tan compleja la inscripción simbólica de las vivencias del horror y produce ese sentimiento de irrealidad y de confusión¹⁵ tan propio del encuentro con el horror y la crueldad. Y son esas vivencias en exceso, en plus, lo que retorna en lo traumático, en ese empuje que somete al sujeto a la aparición de fragmentos de lo vivido y que pueden verse en la variada y florida sintomatología de la repetición, no al modo de un retorno de lo reprimido, sino justamente de lo que no ha podido ser reprimido porque nunca fue simbolizado psíquicamente. Y no lo fue por esa cualidad de exceso, de trasvasamiento de la ley. No tenemos, entonces, tanto la modalidad de síntomas, sino de signos de lo vivido (visto, oído, sentido) que se repiten tomando el cuerpo, la palabra (al modo de hablar catártico y no narrativo), el soñar y el sentir.

Estados liberales y Estados democráticos

Volvamos a pensar el papel del Estado y su función de garante de la ley en nuestra historia reciente.

Si el Estado de impunidad ha oficiado en la Argentina como una vuelta a los infiernos no fue solamente por no garantizar justicia, sino por el hecho tremendo de que, habiendo impartido un tramo de Justicia, la desanduvo, la negó, como sucedió con los decretos de indulto. En un sentido más foucaultiano “se burló” de la ley, reconociéndola, la dejó “sin voz”.¹⁶ Es la burla de la ley dentro de un orden simbólico y un Estado de derecho. Lo traumático en este caso debe pensarse no solo como los hechos y el modo en que subjetivamente estos impactan, sino lo que el Estado ha hecho con todo esto. Un Estado que no acotó el plus de violencia y terror, que no hizo pasar lo vivido por el tamiz de la ley y sus consecuencias.

En las antípodas de esto, encontramos al Estado nacional a partir de 2003 y particularmente desde el Poder Ejecutivo, asumiendo las responsabilidades y las deudas con la historia, con las víctimas y con el pueblo, reponiendo el lugar del Estado para hacer valer la ley.

“Vengo a pedir perdón en nombre del Estado Nacional por la vergüenza de haber callado durante tantos años tantas atrocidades...”¹⁷ es un enunciado que sintetiza la apertura de otro período de nuestra historia y otra relación del Estado con la ley. Un pedido de perdón que solo puede pronunciarse si en ese mismo momento se asume en toda su dimensión el lugar simbólico del Estado y con ello no solo sus potencias, sino también sus deudas.

13 Ese trastocamiento de la ley simbólica supone por parte de quien lo realiza un goce que se hace patente en los relatos de las víctimas (tanto del terrorismo de Estado como de violencia institucional). Goce que se vincula con la destitución de las víctimas del lugar de sujeto mientras estaban detenidas, del lugar de ser un semejante. Un goce con tornar al otro como un objeto, como instrumento de sus pulsiones más crueles. Vemos las más de las veces un profundo goce con los actos crueles y violentos y es completamente excepcional encontrar en torturadores aspectos vinculados a la culpa, pues la culpa supone una sujeción y reconocimiento de la validez de la ley en tanto ley y, por lo tanto, de haberla trasgredido.

14 Son muchos los autores que incorporan esta perspectiva: Michel Foucault, Giles Deleuze, Colette Soler y otros.

15 Véase el fragmento de Silvia Bleichmar sobre el sentimiento de irrealidad citado en el comienzo de este trabajo.

16 Véase Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

17 Discurso del expresidente Néstor Kirchner, el 24 de marzo de 2004, en el marco de la creación del Museo de la Memoria (ex-ESMA).

Este enunciado, encadenado a un gesto –descolgar en pleno acto del ejército los cuadros de los genocidas– desanudando el horror y el poder de la muerte de los símbolos nacionales y acompañado luego por el envío al Congreso de un proyecto de derogación de las leyes de impunidad –forzando a actuar a otro de los poderes del Estado como es la Justicia– fue el acto inaugural de un Estado democrático con todas sus consecuencias materiales y simbólicas. Este acto permitió transitar otra historia a las víctimas por el reconocimiento simbólico de su lugar y por la apertura del proceso, ya no solo de memoria y verdad, sino también de justicia. Justicia que continúa día a día en todos los juicios por delitos de lesa humanidad en la Argentina.

Fue asumir, encarnar, el lugar simbólico del Estado para hacer valer una ley burlada durante más de tres décadas en la Argentina. Aquella frase del expresidente Néstor Kirchner, hoy una de las más recordadas, sintetiza lo que queremos resaltar del Estado. “Vengo a pedir perdón en nombre del Estado...” es asumir el Estado, en tanto función. “En nombre de...” es la referencia a una función desde donde la ley puede operar, el lugar desde donde ella puede tener eficacia. Es la asunción de ese lugar siempre simbólico y, gracias a eso, también jurídico. Aceptar el peso de encarnarlo de un modo en que ponga en funcionamiento una ley que atraviese a todos, incluso a quien la enuncia. Por ello es acertado cuando se dijo que “no es rencor ni odio lo que nos guía y me guía, es justicia y lucha contra la impunidad”¹⁸.

Por el contrario, lo que sucedía en el período de la impunidad neoliberal en la Argentina es que el vaciamiento del Estado no era meramente una entrega del patrimonio nacional al mercado, sino que con ello también había una entrega del lugar simbólico del Estado, quizá su mayor patrimonio. Entrega, renuncia a esa función que el Estado puede tener de regular y garantizar determinados derechos en la vida social. Vaciar el Estado, entonces, tiene su correlato en otros aspectos de la vida social, como lo es vaciar su potencia de ley, vaciar su noción de justicia y de igualdad.

Un Estado vaciado y entregado en todas sus dimensiones, en lo que respecta a las situaciones que analizamos, no puede menos que empujar a las víctimas al desamparo simbólico porque al no impartir justicia, regular lo posible y lo prohibido, no modifica nada de lo esencial que han vivido, aun cuando la violencia de la que fueron objeto haya cesado. Por el contrario, asumir el Estado, asumir su función produce como consecuencia una sanción simbólica y material de las responsabilidades que inaugura una escena nueva, singular y colectiva, para tramitar lo traumático y para continuar la vida.

Tenemos, por lo tanto, una versión del Estado que desenlaza al sujeto y a la comunidad del campo de la ley, mientras que la otra posición integra al sujeto, sancionando el horror como algo por fuera de las reglas de lo común, como algo que debe ser sancionado porque atenta contra lo común que nos hace a todos sujetos de una comunidad.

La experiencia clínica nos ha demostrado que, ante eventos catastróficos, de alto potencial traumático, la posición que asume el Estado a través de sus tres poderes, fundamentalmente el judicial y el ejecutivo, es determinante. Y cuando el Estado se desentiende, no imparte justicia, no ampara ni repara y –fundamentalmente– cuando no produce un revestimiento e inscripción simbólica del acontecimiento con todas sus consecuencias (judiciales, reparatorias, etc.), los sujetos quedan en “caída libre”, hecho que se evidencia en la alta tasa de suicidio que tiene, por ejemplo, la población de Malvinas y las víctimas de la tragedia de Cromañón.

Cuando esto pasa, cuando hay ausencia del Estado, de las políticas de Estado para con las víctimas, estas quedan libradas meramente a su singularidad, variando en cada quien los soportes que haya podido tener o conseguir en su historia, la clase social a la que pertenezca, el azar de su constitución psíquica y la posición singular que cada quien pueda adoptar a partir de todo esto. Nada más liberal en última instancia que el corrimiento del Estado, así como nada más democrático que la potencia de su aparición, pues nos vuelve iguales aun con nuestras diferencias.

18 Discurso del expresidente Néstor Kirchner, 24 de marzo de 2004.

Una u otra forma del Estado, no deberíamos tener temor a decirlo, depende de una concepción política del rol del Estado que tiene raíces ideológicas. No deberíamos tener temor a decir, a formular con rigor, evidencia y muchos años de experiencia clínica con víctimas en la Argentina, que los Estados democráticos que asumen su función y que tienden a la inclusión social, la justicia y la garantía de derechos generan mayor bienestar, mayor salud y mejores posibilidades para la reparación subjetiva de las grandes catástrofes de la historia. Brindan mejores condiciones que aquellos Estados que tienden a la exclusión, la inequidad social, vaciándose para que las reglas no sean las del Estado, sino las del mercado. El mercado, en el mejor de los casos, regula bienes, mientras que el Estado –al menos aquellos donde sus gobernantes están dispuestos a hacer valer su función– garantizan derechos y hacen valer para ello la ley como ordenador simbólico y jurídico de una sociedad de iguales.

CALMELS, J., *Las dimensiones del trauma. Reflexiones desde la experiencia argentina*. En: SDH (2015, noviembre). *Experiencias en salud mental y derechos humanos. Aportes desde la política pública* [en línea]. Buenos Aires: SDH. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/886/salud_mental.pdf?sequence=1#page=88>.

La autora

Fabiana Rousseaux

Psicóloga (UBA), Psicoanalista, Coordinadora del Plan Nacional de Acompañamiento a Testigos y querellantes, víctimas del terrorismo de Estado; Fundadora y Ex Directora del Centro de Asistencia a víctimas de violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa", ambos dependientes de la Secretaría de DDHH de la Nación (período 2005/2014). Articuladora del Proyecto "Clínicas del Testimonio" del Ministerio de Justicia de Brasil (PNUD 2015). Autora de publicaciones nacionales e internacionales vinculadas a la temática entre ellos el libro "El ex detenido-desaparecido como testigo de los juicios por crímenes de lesa humanidad", junto al ex Secretario de DDHH, Eduardo L. Duhalde (traducido al portugués y al francés). Compiló y es autora de los libros "Territorios, escrituras y destinos de la memoria" y "Legado y Memoria(s). Debates sobre el futuro anterior" impulsados por Territorios Clínicos de la Memoria, Asociación Civil que fundó en 2016. Docente de la Univ. Nac. de La Plata. En el ámbito clínico aborda casos de violaciones de DDHH. Interviene en causas por delitos de lesa humanidad desde el Ministerio Público Fiscal.

Memoria y verdad. Los juicios como rito restitutivo

Fabiana Rousseaux

Al fin empiezo a liberarme del testimonio jurídico. En ese terreno instigador de precisiones, el entrevero que rodea a los acontecimientos y la diversidad de focalizaciones con las que uno encara los recuerdos, quedan anulados. Me animo ahora, en estos relatos experienciales y de no ficción, a escarbar con interrogantes que no tienen respuestas unívocas, y con preguntas no acabadas.¹

Ana Mohaded, testigo en el juicio a Menéndez en Córdoba.

Verdad textual y verdad textualizada

Dar cuenta de la invención de un dispositivo de trabajo desde el Estado, en el campo de la asistencia a víctimas del terrorismo de Estado, tres décadas más tarde de los hechos que se relatan, es un desafío que nos somete a tensiones de todo orden. Pero fundamentalmente a tensiones en el campo del lenguaje, de la ética y de la praxis.

Si hablamos de invención, entonces, no hablamos de experticia, eso es lo que reflejan todos los trabajos expuestos en este material. Y renunciar a la experticia, lejos de ser una pérdida, es entendido por nosotros como una condición necesaria para dar lugar a lo que –consideramos– es nuestra herramienta de trabajo más valiosa: hacer un lugar a la palabra singular de cada testigo del horror y garantizar así el derecho que asiste a las víctimas, que es hablar en nombre propio para esgrimir su verdad, sin dejar de lado que esa verdad habla de un acontecimiento social.

El concepto mismo de “testigo–víctima” es un concepto límite. Los juicios contra el terrorismo de Estado que se llevan a cabo en el país hacen que se ponga en juego esta categoría, en la medida en que se tensa y extrema su significado. Esto nos obliga a replantearlo y a cuestionar el saber que sobre la figura de testigo–víctima porta el derecho penal.

Consentir en utilizar la categoría de “testigo–víctima” para hablar de sujetos que atravesaron o fueron tocados, en cualquiera de sus dimensiones, por la experiencia concentracionaria, peca de convertirse en una rápida y rígida conceptualización que, si bien nos permite “hacer serie” con el discurso jurídico y sociológico, nos limita en cuanto a todo lo que dentro de esa categoría encontramos cada vez que escuchamos a un testigo. Si hay algo que no podemos anticipar es con qué nos encontraremos cuando citamos a una persona, que se convertirá en un recurso del dispositivo judicial.

En este sentido, quizás valga la pena hacer referencia a las condiciones sociales donde se desarrolló y tomó consistencia la figura del testigo en materia de crímenes de lesa humanidad. Tal como plantea Elizabeth Jelin, fue cuando luego de Auschwitz, en el juicio a Eichmann, en 1961, los relatos de los sobrevivientes se convirtieron en la prueba fundamental de la existencia del holocausto. Allí “aparece el

1 Mohaded, A. (2008) *Relatos de no ficción*. En: *Identidad, representaciones del horror y derechos humanos*, Compiladores: Barrionuevo A. et al. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.

'testigo' como elemento central del juicio, y a partir de entonces se instala lo que Wieviorka llama 'la era del testimonio', reproducida en escala ampliada en los años '80 y '90"².

Sin embargo, esos testimonios, a pesar de haber sido escuchados y utilizados como prueba, no fueron suficientes para hacer existir el holocausto. Tal como plantea el historiador italiano Enzo Traverso en torno a la remoción de la memoria del holocausto: "No fue durante la guerra, cuando los judíos eran exterminados en las cámaras de gas, sino cincuenta años después, cuando el nazismo pertenecía ya a un pasado lejano"³.

Es decir, no fue durante Auschwitz donde existió Auschwitz, sino cincuenta años después cuando el mundo estuvo dispuesto a escuchar lo que había sucedido. En el mismo sentido, Laub plantea: "los testimonios no fueron transmisibles, o integrables en el momento en que se producían los acontecimientos. Solo con el paso del tiempo se hizo posible ser 'testigo' del testimonio, como capacidad social de escuchar y de dar sentido al testimonio del sobreviviente"⁴.

Los umbrales del discurso

En la Argentina, miles de personas portan en sus cuerpos la memoria de lo imposible. Frente al límite de la experiencia impensable, el lenguaje requiere un "más allá de él". Las palabras no alcanzan para nombrar lo que hay que testimoniar. Por eso el testimonio de la experiencia concentracionaria, ese modo particular de narrar lo inenarrable, es siempre posible a condición de no extremarlo.

La "maquinaria desaparecedora que devastó la identidad y el lenguaje"⁵ produjo cuerpos marcados por efecto del límite transpuesto en la implementación del terrorismo de Estado, cuya metodología privilegió la clandestinidad como modo contundente de inoculación del terror.

Sin embargo, los testigos realizan un esfuerzo inmenso, al intentar no perder los detalles que puedan "hacer pasar" a la sociedad lo que sucedió en los centros clandestinos de detención (CCD)⁶. Esa sociedad que no es ni más ni menos que la destinataria del mensaje del Estado terrorista, que no es ni más ni menos que la dañada, la que continuó su cotidianeidad con esa marca, con esas desapariciones, con esas apropiaciones de niños y niñas, todos ellos, nombres del horror impensable que retorna en cada hecho social actual.

Quienes, como plantea Giorgio Agamben, *viven de ser los testigos*, en tanto ofrecen su testimonio cada vez que sea necesario a efectos de evitar el olvido, se convierten en *autores*; pero los *lectores* –es decir quienes escuchan esos testimonios– estarán siempre en relación directa con el texto que se escribe.

"El autor no es otra cosa que el testigo, el garante de su propia falta en la obra en la cual ha sido jugado; y el lector no puede sino asumir la tarea de ese testimonio, no puede sino hacerse él mismo garante de su propio jugar a faltarse"⁷. Esto significa que en nuestro lugar de "lectores" del testimonio que produce cada testigo, somos convocados a la pregunta sobre la consecuencia ética de escuchar esos relatos. ¿Qué se hace con lo que se escucha? Nadie sale igual de allí, ni los jueces, ni los fiscales, ni los

2 Jelin, E. (2002). *Trauma, testimonio y verdad. Los trabajos de la memoria* (Cap. 5. p. 83). Madrid: Ed. Siglo XXI. En este capítulo, Jelin hace referencia al libro de Annette Wieviorka, *L'Ere du témoin*, Plon, París, 1998.

3 Traverso, Enzo (2007). *Trauma, remoción, anamnesis: la memoria del Holocausto* (Apuntes). En Sandra Lorenzato; Ralph Buchenhorst (editores), *Políticas de la Memoria, tensiones en la palabra y la imagen*, Buenos Aires–México: Ed. Gorla y Universidad del Claustro de Sor Juana.

4 Jelin, E. op. cit. (1992)., en referencia a Laub, Dori, *An Event without a Witness: Truth, Testimony and Survival*. En: Felman, Shoshana y Laub, *Testimony. Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History* (capítulo citado, pág. 84). Nueva York: Routledge.

5 Gatti, G. (2008). *El detenido–desaparecido. Narrativas posibles para una catástrofe de la identidad* (cap. 2). Montevideo: Ed. Trilce.

6 Si bien en la actualidad existe una discusión respecto a la denominación de los centros clandestinos de detención, donde la denominación varía según el agregado de exterminio, tortura y desaparición, en este trabajo dejaremos la denominación con la que se los ha reconocido en el espacio social durante los últimos años.

7 Agamben, G. (2005). *El autor como gesto*. En *Profanaciones* (p. 93). Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.

profesionales de la salud mental, mucho menos los familiares, los hijos, los compañeros que muchas veces escuchan lo ocurrido por primera vez en las audiencias. Es decir que lo que se pone en marcha dentro del esquema «técnico» de los juzgados, en el momento del juicio, arroja sujetos subvertidos en su posición por las palabras que los tocan, pero también por los límites de éstas para enunciar lo irrepresentable. Porque poner a hablar al dolor extremo tiene sus límites. No podemos pretender ir más allá de lo posible.

Todos sabemos que los testigos deben atravesar las barreras del pudor para narrar –de un modo lógico siempre fallido– poniendo en juego su existencia de manera radical, asumiendo lo que Agamben define como una vida ética: “Una vida ética no es simplemente la que se somete a la ley moral, sino aquella que acepta ponerse en juego en sus gestos de manera irrevocable y sin reservas”⁸.

Contar y volver. ¿Cómo hacer para volver a la vida común luego de contar lo vivido en un centro clandestino de detención? ¿Qué decir luego de haber soportado lo que nadie siquiera imagina? ¿Cómo volver sin hundirse en ello?

El llamado “campo de la victimología” nos arrastra rápidamente al terreno de la compasión y la piedad, como bien señala el psicoanalista uruguayo Marcelo Viñar en varios de sus textos, y nos pone de narices frente a nuestro propio límite ético de la escucha y el silencio.

¿Cómo advertirnos lo suficiente para no resbalar en el terreno pantanoso de la victimología “a secas”? ¿Será que cuando una víctima se constituye como tal, entonces ya no se puede escuchar otra cosa? ¿Será la pesquisa de este hecho lo que llevó a sobrevivientes de varios genocidios a levantar sus voces para exigir ser escuchados como sujetos, es decir, como personas responsables, tal como planteaba Primo Levi⁹?

“En un nivel histórico general, sostiene Laub, el exterminio nazi logró, durante su propio desarrollo temporal, convertirse en un evento sin testigos. Ni testigos internos –aniquilados en su capacidad de ser testigos frente a sí mismos en la figura límite del musulmán– ni testigos externos. Había quienes captaban y denunciaban, quienes en el interior de los *ghettos* y los campos enterraban sus diarios y sus escritos. Lo que estaba ausente era la capacidad humana para percibir, asimilar e interpretar lo que estaba ocurriendo. El mundo exterior no logró captarlo, y en consecuencia nadie ocupó el lugar de testigo de lo que acontecía. Podría decirse que los marcos interpretativos culturalmente disponibles no contaban con los recursos simbólicos para ubicar y dar sentido a los acontecimientos”¹⁰.

En nuestra experiencia de trabajo nos topamos con que no todos los testigos llegan en similar posición respecto del acto de testimoniar. Incluso, a veces arriesgamos algunas categorías en ese afán positivista de clasificar lo inclasificable de la experiencia para organizarla, y decimos que existen categorías de testigos. En verdad se trata de nuestra propia tentación de intentar una traducción a esa posición subjetiva que asume quien decide enfrentarse al testimonio jurídico. Entonces, desde el afán clasificatorio, definimos algunos tipos de testigos:

- a. testigos que han dado declaración inmediatamente luego de su liberación en los CCD. Son los que muchas veces se denominan “testigos históricos”. Han aportado datos acerca de lo vivido por ellos en su cautiverio y sobre el funcionamiento de los CCD, y han brindado testimonio en innumerables oportunidades;
- b. los hechos de acuerdo a lo que han vivido en tanto familiares de detenidos-desaparecidos, constituyéndose ellos mismos en testigos-víctimas, porque estos hechos han marcado sus vidas de modo radical;

8 *Ibid.*, pág. 90.

9 Levi, P. (2000). *Los hundidos y los salvados*. Barcelona: Muchnik Ed./Ed. Biblos.

10 Jelin, E. *op. cit.*, pág. 82–83.

- c. testigos que relatan lo ocurrido como compañeros de militancia o de trabajo, vecinos, etc. de detenidos–desaparecidos;
- d. testigos que habiendo integrado de modo forzado alguno de los circuitos concentracionarios como conscriptos, enfermeros o empleados de las morgues y cementerios, describen lo visto y oído;
- e. testigos–sobrevivientes o familiares directos que nunca han dado testimonio y lo hacen por primera vez, luego de tres décadas o más. Son testimonios nuevos que impactan por la estructura que recubre al relato en relación a la actualidad que cobran las palabras, una vez que éstas se ponen en marcha.

En todos ellos se juega el temor intenso de no recordar todos los detalles, debido a la cantidad de años transcurridos. La sacralización de la memoria, el mandato moral sobre la *memoria intacta*, se torna un peso muy difícil de domeñar cuando se aproximan las fechas de juicio. Los testigos se sienten apriados entre el deber memorístico y las evidencias de los desfiladeros de la memoria, que siempre se articulan a un recuerdo, y los recuerdos se inscriben en una lógica temporal y subjetiva totalmente diversa a la temporalidad de los hechos históricos. Es por esto que los dilemas que se abren en este campo del testimonio, desde el punto de vista jurídico, son insoslayables.

Quisiera extremar aún más este punto y arriesgar una línea de análisis respecto de las razones por las cuales sería diferente pensar estos dilemas en el universo de los testigos–víctimas del terrorismo de Estado, y los testigos de otro tipo de delitos. Y la primera respuesta es que allí el Estado es el responsable del delito. Esta ligazón entre Estado y delito cambia de raíz las coordenadas del sentido. Esta obviedad del discurso tiene una consecuencia directa y es que el Estado debe reconocer su responsabilidad en todos los actos que sea posible, tal como lo determina la legislación referida a la reparación integral de las víctimas, es decir, “la plena restitución (*restitutio in integrum*), lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de sus consecuencias”¹¹. Los juicios que en la actualidad se sustancian en la Argentina son un pilar central para la reparación de la memoria dañada y de los efectos devastadores sobre lo social, razón por la cual se hace imprescindible abrir el debate acerca de los tradicionales mecanismos de administración de la justicia, en los cuales la figura del testigo es central.

Esta concepción hace que un tratamiento del testimonio y del testigo, por exceso técnico, termine ofendiéndolo, ya que deja de ser reparador al ubicar al testigo–víctima del terrorismo de Estado bajo las mismas disposiciones que a cualquier otro testigo. Por ejemplo, cuando se lo cita a declarar a través de una notificación policial o cuando se le advierte que cualquier cambio, contradicción o incoherencia en su testimonio puede ser leído como incurrimento en falso testimonio.

Una testigo expresaba los días previos a su declaración: “Es impresionante lo que dispara una palabra nueva, parece que todos los recuerdos se trastocan y me da miedo que ahora que me enteré de este cachito de verdad que desconocía, se me desorganice el testimonio y trastabille cuando tenga que hablar”. Cabe aclarar que este “cachito de verdad” al que se refería era saber por primera vez en qué centro clandestino de detención había estado su hermano desaparecido hace treinta y dos años.

En otra audiencia un testigo declaró que en esta oportunidad iba a relatar hechos que serían divergentes de una declaración efectuada hacía varios años, dado que en ese momento el recorte que él había podido realizar era totalmente distinto al reconstruido en la actualidad, ya que a medida que pasaban los años iba ampliando esos hechos a partir de testimonios de otros sobrevivientes con los que se iba encontrando. Eso lo llevó a aclarar frente a la jueza que aquel testimonio aportaba un dato que no coincidía con el actual testimonio. No podemos soslayar que las situaciones de clandestinidad (mecanismo

11 Nash Rojas, Claudio. *Las reparaciones ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Ed. Universidad de Chile, Chile, 2004, pág. 57.

privilegiado de la implementación y eficacia del terrorismo de Estado) y el tabicamiento¹² permanente de los detenidos–desaparecidos hacía difícil el reconocimiento de sus lugares de detención y de sus torturadores, por lo cual la memoria apela a otros mecanismos y se enriquece a medida que con los años se restituye la memoria colectiva del horror vivido.¹³

Por otra parte, existe una suposición muy arraigada, y a veces sostenida por los profesionales de la salud mental, de que el simple hecho de hablar alivia el dolor sufrido. Basta pensar en las experiencias de Bruno Bettelheim, Primo Levi, Paul Celan, entre muchos otros, que luego de destinar años de su vida a escribir y buscar sentido a sus existencias luego de la experiencia del campo, se suicidaron. Esto guarda su sustento en lo que Mariano Horenstein¹⁴ plantea respecto de los supuestos teóricos de raigambre “annafreudiana”, donde la generalización de los conceptos analíticos puede llevarnos a lo peor, si olvidamos que “los recuerdos pueden hacer enloquecer”¹⁵.

Debemos ser precisos en esto y no perder de vista que, en un sentido estrictamente psicoanalítico, lo traumático es aquello que retorna y está ligado a la repetición, y no tiene tanto que ver con el hecho en sí, sino con la imposibilidad de nombrarlo. Y por otra parte debemos decir que el problema de la verdad guarda una relación directa –desde el discurso psicoanalítico– con quien la enuncia. En este sentido no se trata tanto de lo que el testigo enuncia de su verdad, sino de “cómo esa verdad habla”. Estamos diciendo que el testigo es hablado por su verdad, ya que el intento de transmitir la experiencia insondable a través del lenguaje es siempre fallido.

Como sabemos, toda ética se liga a una estética, que podemos nombrar como el velo necesario ante el horror. El vacío que bordeamos con palabras para intentar suturar lo imposible de nombrar, hace que debamos detenernos frente a eso. No podemos empujar a un sujeto a nombrarlo todo a cualquier precio. Si bien este es un axioma válido para orientarse en el trabajo terapéutico, esta prudencia cobra un estatuto singular en la clínica atravesada por los derechos humanos en el trabajo con sobrevivientes y, en particular, en lo tocante al problema del testimonio.

Nos toca escuchar el grito del síntoma e introducir a veces el silencio, sin que ello signifique callar. En todo caso el silencio está sostenido en una ética que Wittgenstein¹⁶ propone pensar como el punto donde nos enfrentamos al lazo del hombre con el lenguaje, pero también a sus límites. Sin este límite no podemos crear las condiciones para volver a ligar lo que el terror dejó congelado, porque allí se juega la posibilidad de reestablecer un derecho al sentido.

Treinta años después no se trata de demostrar los hechos sino de producir un sentido de lo ocurrido. Es decir, que además de la producción de verdad surja un sentido, que es el derecho aún negado a los sobrevivientes. Y podemos arriesgarnos a la pregunta sobre cuál es el valor de verdad que se demanda treinta años después. Estos son algunos de los inconvenientes a los que nos somete el problema de la literalidad de la verdad en los juicios contra el terrorismo de Estado.

Por otra parte, se le exige al testimonio un “tiempo normal”, un tiempo cronológico. Sin embargo, los testimonios traen a un presente actual los crímenes cometidos y enterrados en el pasado. Y ese “actual”,

12 El tabicamiento consistía en mantener a los detenidos–desaparecidos con los ojos vendados como método de tortura. Esto se sostenía aun en el caso de las mujeres embarazadas, que en el momento del parto continuaban tabicadas; de este modo, se les impedía mirar a sus bebés recién nacidos. Esto debe entenderse como otra tortura que se suma a la anterior, y que también recae sobre el recién nacido, dado que esa mirada es un hecho esencial en la constitución de lo psíquico como así también, una necesidad absoluta en el momento del nacimiento, al tratarse de la consecuencia del lazo amoroso y protector que una madre siente en relación a su hijo.

13 Sobre este tema, ver en este cuadernillo la experiencia relatada por el equipo de Chaco, y el artículo *Memoria Traumática* de Mario Bosch desde un punto de vista jurídico.

14 Horenstein, M. (2008). *Psicoanalizar después de Auschwitz*. Docta, Revista de Psicoanálisis, Figuras del Mal, Año 6, Premio Bergwerk.

15 *Ibid.*, pág. 164.

16 Fonteneau, F. (2000). *La ética del silencio*. Wittgenstein y Lacan. Buenos Aires: Ed. Atuel/Anáfora.

se entrelaza con el tiempo lógico de la historia y del inconsciente, resignificando el sentido, la magnitud y las consecuencias de esos crímenes.

En *La Escritura o la vida*, Jorge Semprún escribió: "...Pues la muerte no es algo que hayamos rozado, con lo que nos hayamos codeado, de lo que nos habríamos librado, como de un accidente del cual se saliera ileso. La hemos vivido... No somos supervivientes, sino aparecidos...".

Entonces, ¿cómo dar con el tono? ¿Cómo no ofender? ¿Desde dónde hablar?, y ¿cómo tomar la distancia esencial para poder escuchar? ¿Cómo sostenernos desde una ética en el campo de la técnica? ¿A qué ética acudir? Ya es hora de avanzar en estos interrogantes porque mientras nos debatimos en argumentaciones ilimitadas, las víctimas del terrorismo de Estado argentino enfrentan día a día los estrados judiciales, donde la valentía de hablar es de ellos, pero la responsabilidad de escuchar y acompañar es nuestra.

El trabajo de acompañamiento incide sobre estos puntos de sutura, pero también de apertura de absolutos, de suavizar la textura de los recuerdos. Muchas veces sin esa posibilidad el testimonio no puede llevarse adelante. Nunca sabemos qué se toca cuando se pone en marcha la palabra.

Daniel Schiavi¹⁷, asesor del Archivo Nacional de la Memoria situado en el Espacio para la Memoria y para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos, ex-CCD ESMA, propone acudir a una figura topológica interesante y novedosa: el géiser¹⁸. Y dice: "Géiser, y no abismo ni fosa ni otros posibles topológicos. Estos son concavidades pasivas donde solo se puede caer. El géiser trae de lo profundo a la superficie y vuelve a lo profundo, en forma incesante. Como figura, solo pide ser mirado para activarse. Y los ojos se abren y se cierran con él"¹⁹.

Cómo no remitirnos, quienes desarrollamos nuestra práctica en la intersección del campo del psicoanálisis con los derechos humanos, a ese texto fundamental de Fernando Ulloa sobre la ética del psicoanalista frente a lo siniestro, escrito en 1984.

Allí Ulloa decía: "El psicoanálisis se sostiene en un propósito: el develamiento de aquella verdad que, estando encubierta, para el propio sujeto que la soporta, se presenta como síntoma. Alcanzar o no este propósito suele ser aleatorio, pero que el psicoanalista no desmienta en su práctica lo que afirma teórica y técnicamente, fundamenta la calidad ética de su quehacer".

Se trata entonces de la capacidad de responder por lo que uno hace, por los efectos que produce quien interviene en un dispositivo terapéutico –y el acompañamiento lo es–, aunque esos efectos nunca puedan ser previsibles. Por eso es mejor hablar de éticas, para no caer en el riesgo de moralizar nuestra práctica suponiendo la imposición y normativización del "para todos", que arrasa con el padecimiento singular de los sujetos que escuchamos y acompañamos.

Ya hablamos anteriormente de los problemas que acarrea la exigencia de verdad intacta y literal, pero nos cabe hacer una referencia a su reverso, ya que tampoco se trata de escuchar todo a cualquier precio. Podemos escucharlo todo, y en todo caso, ¿qué decimos cuando enunciamos esto? ¿Cómo se relaciona esto con la abstención o abstinencia analítica? En el libro *No se lo cuente a nadie*, la psicoanalista brasilera Helena Besserman Vianna escribe acerca del episodio que cobró alcance internacional, cuando el periódico de la resistencia brasileña *Voz Operaria* publicó la noticia según la cual un analista en formación era integrante de un equipo de tortura. Se trataba de Amílcar Lobo, cuyo nombre había sido propuesto por un analista perteneciente a la IPA20 para integrar la Sociedad

17 Schiavi, D. (2008). *Proposiciones despeinadas para el CCO ESMA*. Ponencia presentada en el Seminario internacional sobre Políticas de la Memoria, Centro Cultural de la Memoria Haroldo Conti, Espacio para la Memoria y para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos (ex-ESMA).

18 "¿Qué es un géiser? Un afloramiento de agua hirviendo, a veces, solo chorros de vapor, que brota de la tierra profunda. Emerge con violencia hasta alturas considerables y luego se apaga, en intervalos periódicos. Explota, y al explotar, se alivia". En Schiavi, D., *op.cit.*

19 *Ibid.*

Psicoanalítica de Río de Janeiro (SPRJ). Esta denuncia llegó de la mano de Helena Besserman a la revista argentina *Cuestionamos*, dirigida en esa época por Marie Langer, quien junto a Armando Bauleo hizo circular la denuncia.

Amílcar Lobo pertenecía al grupo de torturas del Primer Batallón de la Policía Militar de Río de Janeiro cuando fue candidateado para integrar la lista de la SPRJ.

La IPA respondió corporativamente culpando a Besserman de calumniadora, ya que había sido ella quien había escrito de puño y letra el nombre de Amílcar Lobo en uno de los márgenes de la revista que fue enviada a la Argentina, lo cual le valió la persecución política durante varios años.

“No se lo cuente a nadie” fue la respuesta institucional de la IPA²⁰ que ella recibió en ese momento, con el agravante de que finalmente fue ella quien quedó en el lugar de sospechosa por incriminar al analista-torturador y revelar su nombre.

Debemos sostener un cuidadoso manejo de la abstención, porque si bien el terapeuta no decide sobre los actos del sujeto, no puede ser neutral. La única neutralidad posible es la que se juega en la medida que no empujamos a nuestros pacientes a ninguna decisión de la que no puedan hacerse responsables. Esto es central en la política de nuestro campo y constituye una ética.

Justamente es eso lo que se ha arrasado en los campos de concentración, la dignidad humana que se sostiene en la posibilidad de asumir decisiones propias y el derecho de asentir subjetivamente los propios actos. Allí nadie es dueño de nada, ni siquiera de lo más íntimo, sus decisiones.

Si la responsabilidad es lo que define al sujeto de derecho, ese es también el sujeto que podemos causar con nuestra intervención.

La lógica concentracionaria apunta contra la dignidad humana, contra la esencia de lo humano, la palabra.

Ritvo ubica en un ejemplo impecable la dimensión que la destrucción del lenguaje cobró en los campos nazis cuando escribe: “En el film *Shoá*, de Claude Lanzmann, hay un reportaje a un sobreviviente del campo de exterminio de Vilna, donde relata que los alemanes los obligaban a desenterrar cuerpos ya reducidos a lonjas que se les deshacían entre las manos. Los guardias les prohibían, so pena de castigo brutal, usar términos tales como muerto o víctima. ‘Nos decían que eso era como un taco de madera; mierda; algo que no tenía ninguna importancia: no era nada’. Los forzaban a decir *figuren*, marionetas, muñecas, o bien *schmattes*, trapos”²¹.

La aplicación de estas denominaciones implica el traspaso sin retorno del velo del pudor, la vergüenza, la dignidad, todos mecanismos humanos que protegen al cuerpo de su desintegración, agrega Ritvo.

Lo traumático nos enfrenta a la suspensión de la palabra, lo que se plantea como lo imposible de pasar por el lenguaje. La extrañeza que invade al testigo del relato que emana de sí mismo implica la confrontación con una verdad íntima que se torna extranjera para quien la porta y es enunciable en tanto verdad-extraña, ya que en tanto “mi verdad” se torna imposible.

La subjetividad, en la medida en que compromete a un sujeto múltiple social, plantea otros dilemas, y en ese sentido nuestro trabajo en el campo de los derechos humanos nos obliga a pararnos en ese pliegue. La verdad que portan los testigos nos pertenece a todos.

Ese sujeto múltiple es quien otorga a estos casos que estamos analizando un sentido de la historia. Nuestro lugar de “testigos de los testigos” es una valla central y radical frente a la fragilidad y vulnerabilidad del testigo integral que analiza Primo Levi y retoma Giorgio Agamben, es decir aquel que, habiendo atravesado la experiencia hasta el fin, es paradójicamente el que no puede testimoniar, por ser el verdadero testigo, el testigo absoluto, encarnado en una figura que él llama musulmán.

20 Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA).

21 Ritvo, J. (1995). *La memoria del verdugo y la ética de la verdad*. *Conjetural Revista Psicoanalítica*, 31.

Si Auschwitz produce un nuevo paradigma, es porque plantea la existencia de una posibilidad terrorífica: que el propio concepto de humanidad pueda ser erradicado. Aparece un “Todo es posible”, lugar de la muerte producida, una “muerte en serie”. Como plantea Hanna Arendt, en Auschwitz no se moría, se producían cadáveres²², donde ya no se trataba del poder de matar, sino de la invasión entera del cuerpo del viviente.

La reparación como proceso

El Estado reparador y un acompañamiento específico: ser testigos de los testigos

Ahora bien, ¿cómo se articula todo eso con el deber reparador del Estado en el contexto de los dispositivos de acompañamiento y asistencia a víctimas del terrorismo de Estado?

En nuestro trabajo concreto, y en los modos de operativizarlo, definimos nuestro campo de acción en los límites de la asistencia a las víctimas del terrorismo de Estado, es decir, delimitamos allí nuestro campo de intervención.

Nos preguntamos diariamente: ¿qué es lo reparador para las víctimas? Sabemos que las medidas reparadoras en sí mismas no otorgan sentido a la reparación, pero también sabemos que esa significación se construye en el proceso alrededor del cual se da la medida reparatoria. La reparación entonces es un proceso y no solo un acto.

En este sentido cobran un valor central las medidas simbólicas que apuntan a efectivizar desde el Estado una actitud de ruptura con el pasado donde se han violado todos los derechos, y que permite instaurar un nuevo significado de garantías de no repetición por las cuales todo Estado reparador debe bregar.

Las medidas simbólicas muchas veces se dan en un marco invisible de trabajo, sin resonancia en las agendas políticas de los Estados, y tienen que ver con acompañar todo el proceso de reconstrucción de confianza por parte de los afectados, como ocurre por ejemplo con el trabajo a nivel de asistencia en salud en centros y hospitales.

Así como una pregunta improcedente en el marco de un proceso penal puede ser un insulto para las víctimas, la atención inoportuna o con desconocimiento, y sin garantías de confianza, puede resultar tan ofensiva como lo anterior. Lo que en términos de Fernando Ulloa se define como el “destrato” a los pacientes en los servicios públicos, va incluso más allá de ese problema, y detectamos que muchas veces el desconocimiento de lo ocurrido –por parte de los profesionales– provoca en las víctimas una sensación muy fuerte de desamparo y consecuente desconfianza. Este “desconocimiento” también impacta a nivel simbólico porque vuelve a pedir al testigo una “explicación” que dé cuenta una vez más de lo ocurrido. El retorno es siniestro, y basta consultar la amplísima bibliografía producida sobre este aspecto en torno a los sobrevivientes de la Shoá como testigos mudos de lo que nadie vio.

Es central, entonces, para hablar de los procesos reparadores, incluir no solo lo ocurrido con las víctimas sino sus consecuencias, para –recién allí– entender retroactiva y verdaderamente la dimensión de lo que produjo el terrorismo de Estado.

Ya hemos resaltado en varias oportunidades que otorgar valor a la palabra de las víctimas, dignificándola, es un hecho fundamental en la significación de “lo reparatorio”, para intentar evitar la revictimización de los sujetos.

El concepto de restitución está relacionado con la reparación de daños. Surge para reemplazar a los sistemas más primitivos, y se produce históricamente una evolución desde sistemas retributivos a sistemas reparadores.

22 Arendt, H. (2001). *Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal*. Barcelona: Ed. Lumen, 4a edición.

Por lo tanto, el objetivo principal del derecho de daños es la restitución de las cosas a un estado anterior, “en todos los casos en que ésta sea posible”. Desde ya que no hay manera de no introducir el resto imposible de reparar, para producir efectos en esta tarea.

Las dimensiones más clásicas del derecho vinculadas a la prevención y reparación, como son las medidas vinculadas a la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción de garantías de no repetición y acceso a la verdad, son componentes transformadores de esa realidad ya violada, como afirma Baudrillard, y profundamente necesarios. Sin embargo, nos enfrentamos, en el trabajo cotidiano, con el hecho de que estos principios no son de fácil acceso para los sobrevivientes si no se dan en un proceso de construcción de confianza.

Por otra parte, los dispositivos atravesados por las denominadas ideologías “re” (que apuntan a la reeducación, readaptación, reinserción, etc., y están sostenidas en una lógica correccionalista preocupada en clasificar, separar, corregir, tal como lo plantea el jurista Lñaki Rivera Beiras) operan sobre un sujeto inexistente. El Estado debe introducir, en sus medidas reparatorias (y las protectorias son también parte de ellas), el verdadero sentido de lo afectado o dañado y la verdadera dimensión de lo que debe reparar, para poder aplicar medidas efectivas y acordes a la magnitud de los daños causados.

Tal como plantea el sociólogo uruguayo Gabriel Gatti²³, el *trauma*, el *acontecimiento* y la *catástrofe* importan diversas consecuencias, pero para abordar el problema de la desaparición forzada utiliza el concepto de catástrofe como acontecimiento intenso a la vez que permanente, anomia hecha norma, excepción normalizada, que produce un impacto sobre la narrativa del sentido y sobre la identidad. Y se pregunta: ¿cómo se gestiona?, ¿cómo se cuenta?, ¿cómo se narra la catástrofe de la desaparición forzada, de la identidad quebrada?

¿Cómo se supera la catástrofe? ¿Reconstruyendo la identidad rota? ¿Restituyendo el sentido?

Frente a esto, los sobrevivientes, tratando de escribir una versión diferente, dicen: “¿Quién podría contar (e inocular) el terror en cada habitante (...)? (...) El relato del horror (...) debía quedar en boca de un puñado de sobrevivientes, que enteraran a la sociedad de lo que les sucedía a las personas que, de pronto, dejaban de ir al trabajo, al colegio, a su propia casa (...) Un relato del horror aterrizado y aterrizante (...) el liberado era un ser destruido por la experiencia soportada, que relataría y sostendría en el tiempo –con sus palabras o con su locura, con su mutismo o su desesperación, con su ruina física o su delirio de perseguido– el horror (...) el mandato represivo para nosotros fue ‘aterroricen’ (...) Ese fue, creemos, al menos parte del plan de dejar con vida a un número reducido de prisioneros”²⁴.

El derecho a la verdad de lo sucedido no es solo un emblema irrenunciable, se trata del derecho al sentido.

Por las características de clandestinidad y ocultamiento masivo de los crímenes, en la Argentina, treinta años después, los testimonios son la prueba central de lo ocurrido y, como plantean algunos fiscales comprometidos con los juicios que se llevan adelante en el país, ya nadie puede dudar de ellos²⁵ porque sería inadmisibles, y el hecho reparatorio del proceso de justicia se tornaría revictimizante.

La ética que sostenemos implica una lógica, la de la inclusión de la particularidad y lo específico de cada caso como una forma de lo reparatorio.

23 Gatti, G. *op. cit.*

24 Del artículo *¿Por qué sobrevivimos?* [en línea] (primera versión). Extraído del sitio web de la Asociación de Ex Detenidos Desaparecidos. Disponible en: www.exdesaparecidos.org.ar

25 Alegato de la fiscal Filoñiuk en el juicio a Menéndez (Córdoba): “Los testigos tienen conocimiento directo de lo que pasó; constituyen el puente de plata que nos lleva a saber lo que aconteció. No se puede dudar de los testimonios ya que, cuando los testigos pudieron huir del país, testificaron sus vivencias en las embajadas de los respectivos países, declararon ante organismos internacionales, ante la Conadep, algunos fueron testigos en el Juicio a las Juntas Militares, otros ante la Cámara Federal de Córdoba, para el juicio que no fue, el que quedó ahogado por las leyes de la impunidad y por el decreto de indulto. Otros declararon en las actuaciones para lograr la deportación del represor Barreiro, y ahora en este juicio, y siempre, declararon igual. Declararon reviviendo el espanto”.

En ese sentido sostenemos que nuestra función comienza ya en ese momento en que nos disponemos a escuchar a ese sujeto. No podemos escuchar desde cualquier lugar ni en cualquier circunstancia. Lo reparatorio se instituye en lo que denominamos “el tratamiento del testimonio” al estilo de lo que LoYc Wacquant plantea como “la denegación organizada de justicia, si la sanción penal es menos del orden de un castigo moral que del tratamiento que reciben durante todo el proceso judicial quienes se presentan”²⁶.

Los profesionales de la salud mental sabemos que no podemos hacer entrar en el entramado judicial aquello que entendemos es la prueba más contundente de las secuelas vividas por quien testimonia, que es la imposibilidad de hablar acerca de eso, y otras manifestaciones que se ponen en evidencia, porque no puede obviarse la instancia probatoria y lo probatorio está vinculado a demostrar la objetividad de los hechos, cosa que deja por fuera la dimensión que eso tuvo para quien debe relatar lo vivido. Ese es uno de los dilemas de este campo.

En la memoria apelamos a un desciframiento, no hay en ella la presencia completa de lo vivido. No se trata entonces de un simple juego dicotómico entre la memoria y el olvido, sino de un trabajo de ficción y de escritura.

Y es en este sentido que la memoria se vuelve acto del sujeto, porque es a partir del encuentro con lo indecible que el sujeto produce nuevas significaciones.

En un campo concentracionario, una de las razones que pueden impulsar a un detenido a sobrevivir es poder convertirse en testigo de lo ocurrido.

Al describir los hechos en un proceso judicial y en su calidad de testigo que relata, debe, en todo momento, hacerlo desde el plano de lo demostrable, de lo probatorio, sin entrar en detalles que puedan confundir o correr el eje de la lógica que el juez quiere consolidar. En este sentido la metáfora del grabador, empleada por Graciela Daleo, es interesante en tanto *off/on* serían los tiempos que marcan el relato dejando por fuera a quien habla.

Desde el punto de vista del Sujeto que habla, veremos que, al testificar, la verdad en la cual se apoya para poder realizar el relato de lo vivido por él, y ningún otro, no es la misma verdad que persigue el juez. Siempre existe una divergencia en este sentido. Divergencia necesaria, porque lo que se pone en juego al hablar y volver a transitar por el horror de lo vivido toca una memoria corporal y una memoria compleja que tiene efectos en el cuerpo.

Al tomar la palabra, el sujeto del testimonio se erige en un nuevo sujeto. Citando a Graciela Daleo: “Si me preguntás si yo siempre me siento libre te diría que no. Después de haber salido de la ESMA creo que empecé a sentirme libre cuando públicamente pude testificar ante alguien y pude dar algún paso para cuestionar lo que estaba pasando en Argentina”.

Como escribió Todorov en *Frente al límite*, “los muertos demandan a los vivos: ‘recordadlo todo y contadlo, no solamente para combatir los campos sino también para que nuestra vida, al dejar de sí una huella, conserve su sentido”.

26 La Recomendación n.º R (97) 13 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la intimidación de los testigos y los derechos de la defensa (Concerning the intimidation of witnesses and the rights of the defence) –del 10 de septiembre de 1997–, regula las medidas a tomar respecto de testigos vulnerables –cap. IV–. Entre ellas, destaca “la conveniencia de interrogar al testigo vulnerable, dentro de lo posible, en la fase inicial del procedimiento, y tan pronto como sea posible, de manera atenta, respetuosa y profunda (principio 25), la proposición, dentro de lo posible, de evitar la renovación de los interrogatorios y, a tal fin, el asegurar que sea conducido por una autoridad judicial, o en presencia de ésta asegurando a la defensa ocasión suficiente de confrontar el testimonio (principio 26), dado el caso, la recomendación de que se registren en video los interrogatorios a fin de evitar una confrontación directa o que los interrogatorios inútilmente repetidos traumatizan al testigo, así como en el juicio mismo, la de utilizar técnicas audiovisuales que permitan a las autoridades competentes oír a las personas pertinentes sin que ellas se encuentren las unas en presencia de las otras (principio 27)”.

ROUSSEAU, F. *Memoria y verdad. Los juicios como rito reparatorio*. En: Duhalde, E. L. [et al.] (2009, agosto). *Acompañamiento a testigos en los juicios contra el terrorismo de Estado. Primeras experiencias* [en línea]. Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <http://www.fepra.org.ar/docs/Salud_Mental_y_DDHH_Cuadernillo_III.pdf>.

La autora

Alicia Stolkiner

Lic en Psicología, cursó la Maestría en Psicología Clínica en la UNAM (México 1977-1979) Graduada en posgrado en la Escuela de Salud Pública UBA. Doctora Honoris Causa de la Universidad Autónoma de Entre Ríos y de la Universidad de Mar del Plata. Profesora Titular de Salud Pública y Salud Mental Facultad de Psicología de la UBA de 1985 a 2021, del Doctorado Internacional y la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús y de otros posgrados del país y del exterior. Dirige la Maestría en Infancias y Juventudes de UADER. Investigadora Correspondiente de CONICET, Ex Presidente de la International Association of Health Policies. Coordinadora del Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia de la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad desde 2007. También fue asesora del Centro de Atención a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos Dr. Fernando Ulloa entre 2010 y 2015, Secretaría de Derechos Humanos. Sus áreas de investigación han sido fundamentalmente: Atención Primaria y Salud Mental, accesibilidad en salud, y ha trabajado consistentemente en la articulación entre salud, salud mental y derechos humanos.

Historia, Memoria y Filiación: la apropiación de niños como política del terror de Estado y los procesos actuales de restitución de identidad¹

Alicia Stolkiner

Nos es difícil pensar que el punto más sensible, más generoso y abierto al futuro del ser humano, su descendencia, haya sido utilizado como intento de extinción definitiva de la herencia biológica, psicológica e ideológica de las víctimas.

Abuelas de Plaza de Mayo (1988)

Verdaderamente revolucionaria es la señal secreta de lo venidero que se revela en el gesto infantil.

Walter Benjamin²

Desde donde se escribe

Este texto está producido por un colectivo de trabajo, el Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia de la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad (Conadi), que funciona en la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación.

La Conadi fue creada a instancias de Abuelas de Plaza de Mayo en 2001 por la ley 25.457, con los objetivos de coadyuvar en el cumplimiento del compromiso asumido por el Estado nacional al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño (ley 23.849), con rango constitucional desde 1994, en lo atinente al derecho a la identidad; impulsar la búsqueda de hijos e hijas de desaparecidos y de personas nacidas durante el cautiverio de sus madres, a fin de determinar su paradero e identidad, e intervenir en toda situación en que se vea lesionado el derecho a la identidad de un menor.

En su art. 2° plantea su configuración interjurisdiccional y la presencia en ella de una entidad no gubernamental, las Abuelas de Plaza de Mayo, lo que le da una forma inédita. La comisión está conformada por dos representantes del Ministerio Público, uno de la Procuración General de la Nación y otro por la Defensoría General de la Nación; a ellos se suman dos representantes de la Asociación Abuelas de Plaza de Mayo y dos representantes del Poder Ejecutivo Nacional, a propuesta de la Secretaría de Derechos Humanos.

El Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia fue creado en 2002, en el marco de los Juicios por la Verdad de la ciudad de La Plata. Algunos de sus miembros fuimos convocados con anterioridad para intervenir en procesos de restitución de identidad. Su antecedente fue una solicitud del Gobierno nacional a quienes constituirían el equipo original para intentar la revinculación de un joven con su familia de origen, en un caso que había llegado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que solicitó la búsqueda de una solución amistosa.

Nuestra actividad consiste fundamentalmente en colaborar, por solicitud de los juzgados, en aquellos procesos en que se supone apropiación de un niño cometida durante la dictadura y en los que, por lo tanto, se dilucida la identidad, pero también se juzga penalmente a los presuntos responsables. No siempre en estos juicios el o la joven resulta ser hijo de desaparecidos, y no siempre el juicio se resuelve en condena a los presuntos apropiadores, aun cuando se pruebe que hubo supresión de

1 Colaboraron en este trabajo los miembros del Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia de CONADI Fernanda López Puleio, Magdalena Barbieri, Norberto Dorensztein, Analía Lanza y Viviana Vicente.

2 Benjamín, W. (1989). *Escritos*. En *La literatura infantil, los niños y los jóvenes* (p. 106). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

identidad. Algunos culminan en absolución porque la justicia considera que no hubo conocimiento de los hechos por parte de los adoptantes y que por lo tanto obraron de buena fe. En muchos de los casos en que intervenimos los jóvenes no han aceptado voluntariamente realizarse la prueba de ADN por razones que expondremos posteriormente.

El equipo está constituido por abogados, psicólogas y un miembro no profesional con extensa experiencia en el tema. Nuestro objetivo es acompañar a los jóvenes en vías de restitución de identidad y a los distintos actores involucrados en los procesos judiciales, generando un espacio de intermediación y diálogo tendiente a prevenir los mecanismos de objetivación y a potenciar las dimensiones de subjetivación. Sabemos que es una situación que entraña algún riesgo de “objetivación” y que, a la vez, tiene la potencialidad de liberarlos de la “objetivación” intrínseca al proceso de apropiación mismo. Somos un actor más de un proceso en el que intervienen muchas personas y organismos, nuestra actividad es posible porque existen esas otras instancias. Entre ellas, la acción constante y sostenida de las Abuelas de Plaza de Mayo.

Nuestras intervenciones son diversas: acompañamos a los jóvenes y al personal del juzgado en la notificación de la causa (a veces es el momento en que el o la joven se informa de que no es hijo o hija biológica de los que considera sus padres), tratamos de proveer la mayor cantidad de herramientas y espacios de reflexión para facilitar la decisión voluntaria de hacer la prueba de ADN y participamos de la información y elaboración psicológica de los resultados de la prueba cuando se realiza. Si la misma concluye con la localización de la familia biológica, podemos trabajar con la familia y el joven en el proceso de recontacto.

Nuestras intervenciones varían según cada caso y de acuerdo a las características particulares de cada juzgado y proceso. En ocasiones el personal judicial ha solicitado reuniones para reflexionar sobre estas particulares situaciones, incluso para tener elementos a fin de decidir estrategias. Nuestra intervención implica a todos los actores, es puntual y actuamos en la situación tal como se desarrolla. Siempre se trata de que el joven sea escuchado y que mantenga el máximo de posibilidad de toma de decisiones dentro de la complejidad de la circunstancia.

Nuestra posición es de prescindencia del proceso penal con el que suelen implicarse los procesos de restitución de identidad. Esto significa que no somos peritos ni testigos ni aportamos información sobre las personas. El contacto con los jóvenes y las familias se realiza bajo compromiso de confidencialidad. Contamos con que existen los actores necesarios para que se desarrolle el proceso judicial y con que cada uno de ellos cumple su función. La nuestra es concentrarnos en acompañar el tránsito que, indefectiblemente, comienza cuando un joven se enfrenta a la posibilidad de que su identidad esté basada en una apropiación.

Para nosotros, los referentes teóricos operan como herramientas de la práctica. Entre ellos la ética³ y el pensamiento crítico. El psicoanálisis y la teorización actual sobre Derechos Humanos también son un recurso al que apelamos. En este caso enfrentamos el desafío de reflexionar acompañados por textos de Walter Benjamin. Se trata de permitir que sus ideas trabajen sobre un problema cuya dimensión histórica atraviesa la singularidad de cada caso en el que nos implicamos. La metodología de trabajo para esta presentación fue leer los textos, comentarlos grupalmente y dejar que se amalgamen con la actividad concreta a realizar. Así se produjo este escrito.

3 Hemos presentado el escrito: *El trabajo del Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia de la Conadi: reflexiones éticas* en la Jornada *La dignidad humana*, Filosofía, Bioética y Derechos Humanos realizada en el Espacio para la Memoria el jueves 16 de abril de 2009 por la Secretaría de Derechos Humanos, de próxima publicación en los anales de la Jornada.

El pasado de cuerpo presente

... existe un acuerdo tácito entre las generaciones pasadas y la nuestra...

Walter Benjamin⁴

Cuando estos chicos hablen de la historia del país, de las leyes del país, según su propia historia, los historiadores tendrán que escribir otra cosa.

Eva Giberti (1990)⁵

Uno de los crímenes de lesa humanidad cometidos por el Estado Terrorista en la Argentina fue la apropiación de niños tomados prisioneros junto con sus padres y de bebés nacidos luego del secuestro de sus madres embarazadas. Muchos de ellos fueron entregados a familias de represores o ligadas a ellos, otros a civiles y algunos fueron institucionalizados y dados en adopción. Las Abuelas de Plaza de Mayo, un potente colectivo generado en la resistencia a este hecho aberrante, desarrollaron durante décadas una tarea sostenida de búsqueda que permitió localizar y restituir la identidad a ciento un de estos niños, jóvenes y adultos conforme pasaron los años. Si para Benjamin la redención es una tarea ineludible entre generaciones, es notable cómo aquí las temporalidades se invirtieron. Las Abuelas –y también las Madres de Plaza de Mayo– fueron el extraño caso de una generación anterior que interviene manteniendo y transformando la memoria sobre una posterior, de modo que ellas fueron constituidas por el destino de la generación de sus hijos.

Su accionar no solo logró reencontrar algunos de sus nietos, sino que tuvo efectos en la construcción social de la historia y produjo modificaciones de sentido sobre estos hechos y otros que se asociaron con ello. Su tarea fue generando una narrativa “a contrapelo”⁶ al poner en escena de modo continuo la permanencia en el presente de un dispositivo del terror, dado que esos jóvenes –hoy adultos– y sus familiares que los buscan, difícilmente puedan considerarse algo que pasó. Su sola presencia desmanteló las propuestas de “olvido y perdón con que presionaban los discursos del poder. Como lo plantean las Abuelas de Plaza de Mayo, esos y esas jóvenes son –aun hoy– desaparecidos con vida. Por su parte, las familias que no han cesado de esperarlos padecen un dispositivo psicológico de tortura constante que se alivia con la búsqueda, pero solo puede cesar con el reencuentro.

Cuando, en un intento de clausurar la búsqueda de justicia, se aprobó la Ley de Punto Final (1986) que suspendía todos los juicios por los delitos del Terrorismo de Estado, el de supresión de identidad quedó fuera de su amparo. Se creó así una extraña situación jurídica por la cual una persona no podía ser juzgada por secuestrar, torturar y matar a otra, pero sí por apropiarse de su hijo en ese proceso. Así, durante el período en que rigieron las leyes de impunidad y el posterior indulto, se continuó en la justicia con la acción posible: la restitución de identidad y la penalización de los culpables del hecho.

De manera indirecta, la permanente revisión a la que obliga cada nuevo caso se irradia a otros aspectos de la sociedad. De este modo, promovió el cuestionamiento de la ley de adopción, sancionada en una dictadura anterior en 1971. Una ley que comenzó a ser analizada como herramienta de apropiación de una clase sobre los hijos de otra y que fundaba una verdadera “expropiación” de los hijos por causa de “utilidad privada”, esencialmente de los hijos de pobres y desfavorecidos, supuestos de “abandonarlos”. Según Carla Villalta “si el ámbito judicial fue uno de los escenarios donde se llevó a cabo la apropiación de niños, no solo se debió al mayor o menor grado de afinidad políticoideológico de algunos de los integrantes con la dictadura militar, sino también a las características de prácticas, relaciones y rutinas burocráticas presentes en él desde tiempo atrás (...) significados predominantes que llevaron a institucionalizar procedimientos que privilegiaron abiertamente el rol de los padres adoptivos haciendo que los progenitores desaparecieran de la existencia de sus hijos” (Villalta, 2008;180).

4 Benjamin, W. (2002). *Tesis II Sobre el Concepto de Historia*. En *Aviso de Incendio* (p. 55), Michael Löwy. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Traducción: Horacio Pons.

5 Giberti, E. (1990). *Mesa redonda entre psicoanalistas*. En *Identidad, despojo y restitución* (p. 290). Comp. Matilde Herrera y Ernesto Tenenbaum. Buenos Aires: Ed. Contrapunto.

6 Aguirre Rojas, C. A., *Walter Benjamin y las lecciones de una historia vista a “contrapelo”*. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=606052072-06-10>

De hecho, el carácter irrevocable de la adopción plena, que daba por “precluida” la identidad anterior, obstaculizó algunos procesos de restitución. Con la entrada en vigencia el 9 de abril de 1997 de la nueva ley de adopción n° 24.779, resultado de un largo debate iniciado a poco del retorno a la democracia, se derogó la anterior ley n° 19.134.

También se removieron las aguas de la naturalización con que en la sociedad argentina se realizan formas de “adopción” ilegales que abren las puertas para el tráfico de niños y otras violaciones del derecho a la identidad.

La búsqueda y restitución tuvo momentos distintos según pasaban los años. Al principio se encontraban niños pequeños y se trataba de devolverlos a sus familias de origen. Luego fueron adolescentes y ahora son jóvenes adultos, algunos de los cuales ya tienen hijos. Sus hijos son, a su vez, una nueva generación cuya identidad también es escamoteada, evidenciando que se trata de un daño que se reproduce de manera constante, siempre presente.

Si en un principio se recuperaban niños devueltos a sus familias, luego de que crecieron se pasó a restituir la historia e identidad de los jóvenes y tratar de favorecer una vinculación con la familia originaria. En este transcurso las abuelas y familiares transitaron el dolor de saber que habían sido definitivamente privados de la infancia de quienes buscaban. Recibieron, a su vez, el apoyo de H.I.J.O.S (Hijos e Hijas por la Identidad y la Justicia contra el Olvido y el Silencio) los descendientes de los desaparecidos durante la dictadura, que llegando a jóvenes entraban en escena.

Cada hito en los procesos de restitución de identidad revulsión aspectos instituidos, constituyendo un dato actual, que vuelve sobre ciertos pasados relevantes para su explicación, y con los cuales ese acontecimiento presente tiene conexiones específicas, complicadas, pero bien determinadas.

La apropiación por parte de los “vencedores” de los hijos de los “vencidos” puede entenderse como un acto simbólico de borramiento de la filiación para borrarlos de la historia. Como “el presente aclara el pasado y el pasado iluminado se convierte en una fuerza del presente” (Löwi, 2002; 71), la revisión de estos procesos “iluminó” de otra manera, resaltando su carácter inaceptable, el reparto entre las familias de las élites gobernantes de los niños de los pueblos originarios durante el genocidio de que fueron víctimas en el siglo XIX. La legitimidad del despojo de las tierras y cuerpos se fundamentó en las ideas de progreso y de raza, como se puede leer en este párrafo de una comisión científica que era parte de la expedición militar a la Patagonia en 1879: “(..) la actividad y la ilustración, que ensanchan los horizontes del porvenir y hacen brotar nuevas fuentes de producción para la humanidad, son los mejores títulos para el dominio de las tierras nuevas. Precisamente al amparo de estos principios, se han quitado éstas a la raza estéril que las ocupaba”^{7/8}.

La producción de distintos sentidos sobre la apropiación de niños durante la dictadura se manifestó a través del cine, el teatro, la televisión y la literatura. Señalaremos algunos ejemplos, de manera no exhaustiva. Apenas retornada la democracia una película, “La historia oficial”⁹ puso en escena el conflicto. Mientras, ante las primeras restituciones de niños, el “sentido común” de la sociedad sostenía que éstos no debían ser “arrancados” del “hogar” y apelaba a enunciados sobre el amor, en la película un –hasta ese momento– “padre amoroso” destruía los dedos de su esposa con una puerta cuando ella intentaba develar la verdad, escenificando el horror latente de un hogar donde uno de los apropiadores ha sido victimario de los padres de aquel que toma como hijo. Podríamos pensar que la cámara inter-

7 Párrafos del informe oficial de la comisión científica agregada al estado mayor general de la expedición al Río Negro (Patagonia) realizada en los meses de abril, mayo y junio de 1879, bajo las órdenes del General Julio A. Roca (Buenos Aires, 1881). Disponible en: <http://www.satlink.com/usuarios/r/rory/roca.htm> 8/7/10.

8 Recientemente fueron devueltos a su comunidad los restos, hallados en el Museo Antropológico de la Plata, de una niña del pueblo originario Aché de Paraguay, apropiada por dos investigadores norteamericanos como objeto de estudio científico. Caso Comentado por Osvaldo Bayer en *Damiana*, Página/12, contratapa, 19 de junio de 2010. Estrenada en abril de 1985. Dirigida por Luis Puenzo, que elaboró el guion junto con Aída Bortnik, obtuvo el Oscar a la mejor película extranjera en 1986.

9 Estrenada en abril de 1985. Dirigida por Luis Puenzo, que elaboró el guion junto con Aída Bortnik, obtuvo el Oscar a la mejor película extranjera en 1986.

vino en el debate con su “capacidad aislativa” con más fuerza que las palabras. A fines del siglo XX, el documental “Botín de Guerra”¹⁰, sobre la desaparición de niños y la tarea de Abuelas de Plaza de Mayo, institucionalizó definitivamente el sentido de su título.

A mediados de los '80, la obra de teatro “Potestad”¹¹, cuyo personaje, al borde de la locura, es un médico que certificó la muerte de una pareja asesinada por la última dictadura militar y se apropió de su hija, indagó la subjetividad de los apropiadores. Esta obra precedió la aparición de “Teatro por la Identidad”, un grupo reconocible en la tarea de “estetización de la política” nacido en el año 2000 y que se define como “un movimiento teatral de actores, dramaturgos, directores, coreógrafos, técnicos y productores que se inscribe dentro del marco de teatro político y es uno de los brazos artísticos de Abuelas de Plaza de Mayo” cuyo objetivo es “actuar hasta restituir la verdadera identidad de todos los nietos apropiados durante la última dictadura militar”¹².

Cuando la generación de los nietos llegó a la edad adulta, la telenovela *Montecristo*¹³, que fue la de mayor audiencia en el 2006, tuvo como uno de sus personajes centrales –en una trama metafórica donde también hay un niño criado por quien cree ser el asesino de su padre– a una joven apropiada que busca en Abuelas de Plaza de Mayo su origen. Al año siguiente salió al aire el Programa *Televisión por la Identidad*¹⁴, tres unitarios basados en casos reales de restitución de identidad. La canción “Yo soy Juan”, de León Gieco, acompañó uno de ellos, con un estribillo que dice: “Dios no estuvo allí donde nací”. Ese capítulo escenifica la historia de Juan Cabandié, nacido en la ESMA, cuyos padres adolescentes tenían diecinueve y diecisiete años. Es el nieto restituido que habló, asumiendo la voz de su generación, el 24 de marzo de 2004 cuando el campo de concentración más grande del país fue instituido como espacio de la memoria.

La telenovela *Montecristo*, los Unitarios de *Televisión por la Identidad* y el debate social del problema, produjeron su efecto: durante ese período se multiplicaron exponencialmente en la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad –Conadi– las solicitudes para realizar la voluntariamente la prueba de ADN en el Banco Nacional de Datos Genéticos.

Actualmente, hay en la Conadi 4.620 legajos de jóvenes que se han presentado espontáneamente por dudas sobre su identidad. Estos casos se originan en distintas situaciones. Hay dudas en adopciones legales, adopciones ilegales (niños inscriptos como propios supuestamente nacidos en domicilio), incluso la demanda surge a veces por razones subjetivas en hijos biológicos que dudan de su origen. Se suman numerosas causas judiciales que no develan un hijo de desaparecidos sino otra forma irregular de adopción.

En este último caso, los resultados de la prueba de ADN no pueden brindar respuesta a la pregunta que el proceso mismo ha profundizado. El fenómeno de la apropiación ha puesto en duda el origen de una generación completa, sus víctimas son mucho más que las directas, y las indirectas también tienen qué decir sobre esto.

Con el antecedente de las décadas en que los movimientos de derechos humanos mantuvieron presente la memoria –no sin resistencias– se implementan en la Argentina políticas reparatorias integrales del Terror de Estado. Nuestra actividad forma parte de ello.

Una política reparatoria no intenta borrar ni negar el dolor, se trata de un proceso social de reconocimiento de las víctimas. Integra la asistencia médica, psicológica y legal a la reparación económica,

10 Documental dirigido por David Balunstein, 1999.

11 Creada e interpretada por Eduardo Tato Pavlovsky y estrenada en 1985 con dirección de Norman Briski.

12 Disponible en: <http://www.teatroxlaidentidad.net>

13 *Montecristo*, Telenovela del Canal Telefé. Recibió varios premios y ha sido reproducida internacionalmente.

14 *Televisión por la Identidad*, dirigida por Miguel Colom en Telefé en 2007.

y debe ser fundamentalmente un proceso destinado al “conocimiento de la verdad, la conmemoración y el tributo a las víctimas y las sanciones a los perpetradores y la garantía de no repetición” (Berinstain, 2008;26).

La reparación integral como política de estado es un producto de la evolución social y conceptual de los Derechos Humanos a partir de la segunda guerra mundial y también de la forma particular que adquirieron históricamente en América Latina y, en nuestro caso, en la Argentina. Es así que el sistema interamericano de derechos humanos se considera el más avanzado del mundo al no centrarse fundamentalmente en la reparación económica (Berinstain,2008;29) y “resulta posible afirmar que los movimientos locales e internacionales de resistencia a las dictaduras del Cono Sur de América generaron una nueva configuración de la praxis de los derechos humanos no solo en la región sino a nivel mundial” (Raffin, 2006;20).

No desconocemos que los derechos humanos son un constructo paradójico de la modernidad, que inclusive ha sido utilizado como recurso de legitimación de poder de potencias dominantes, pero también tienen hoy la potencialidad de constituirse en objetivo de la confrontación social contra las formas más destructivas del “estado de excepción” (Agamben, 2003).

Las historias singulares y la Historia

No podemos dejar que dos generaciones se pierdan: la de mis padres y la nuestra.

Juan Cabandié¹⁵ (Discurso en la inauguración del Espacio de la Memoria, 2004).

Pero vosotros, cuando lleguen los tiempos. En que el hombre sea amigo del hombre, pensad en nosotros con indulgencia.

Bertolt Brecht (A las generaciones futuras, 1938).

La temporalidad no lineal, la existencia de “momentos de peligro”, valen tanto para el devenir de la historia como para cada vida humana particular, que puede ser comprendida como un fragmento holográfico de la Historia. Los cuerpos vivos de estos y estas jóvenes, su imborrable huella genética, interpelan desde lo contemporáneo los intentos de olvido, ellos a su vez ven indefectiblemente implicada su historia singular, su subjetividad.

Lo sabemos al desarrollar nuestra práctica. Cada caso en que intervenimos es absolutamente único y, simultáneamente, sintetiza un dolor colectivo. No obstante, podemos caracterizar algunas situaciones. Existen jóvenes que llegan voluntariamente a solicitar las pruebas de ADN para averiguar su filiación, otros están en causas judiciales y, una vez contactados y elaborada la situación, acceden a realizarse la prueba. Finalmente, están los que se niegan a hacerla, que suelen ser aquellos en que la apropiación fue realizada por alguien ligado al accionar del terror de estado y que de probarse que la o el joven es hijo de desaparecidos, vería complicada su situación penal.

Puede suceder que el resultado de la prueba no demuestre filiación con ninguna de las familias que tienen sus muestras en el Banco Nacional de Datos Genéticos. Queda entonces abierto un interrogante, porque el Banco no tiene muestras de todas las familias que buscan un nieto desaparecido. Faltan, por ejemplo, aquellas que no sabían que su hija estaba embarazada al momento del secuestro. Una unidad de investigación de la Conadi rastrea la existencia en los campos de concentración de estas madres no identificadas y uno de los jóvenes restituyó su identidad a partir de una investigación de este tipo.

Estos jóvenes son víctimas de un delito imprescriptible ligado a la operatoria del terror de estado, por ello el proceso en el cual se dilucida su identidad suele ser, simultáneamente, un proceso penal contra las personas que consideraron sus padres y con las cuales ha transcurrido su vida. En él, su identidad genética, obtenida a través del análisis de ADN, puede ser una prueba determinante contra esas personas, a la par que la vía de dilucidación de su origen y de revinculación con su familia biológica. Se configura así una situación paradójica que requiere una reflexión ética. Basta señalar que su cuerpo es

15 Juan Cabandié es uno de los nietos cuya identidad fue restituida.

prueba de un delito del cual son víctimas, y que tienen una relación primaria con sus posibles victimarios. Las herramientas jurídicas no siempre se adecuan a una situación de esta índole, para la cual no hay antecedentes en la justicia. Hemos encontrado ejemplos de ello, como el caso de un joven que tenía interdicción de salida del país, aun cuando su situación no era, obviamente, de imputado.

Sucede que son víctimas no querellantes desde el punto de vista jurídico.¹⁶ La querrela la presentan, en general, las familias que los buscan y/o la institución Abuelas de Plaza de Mayo. Queda, entonces, un vacío en cuanto a cómo ser escuchados en el ámbito jurídico.

Este vacío suele ser cubierto por el defensor de los presuntos apropiadores, comprometiendo a los jóvenes en la estrategia de la defensa de quienes están acusados de ser sus victimarios. Resulta una situación jurídicamente inédita en que las víctimas son “representadas” por la defensa de quienes están acusados de ser sus victimarios. En un caso reciente, de mucha resonancia pública, y casi como un símbolo de objetivación, los abogados defensores omitieron hacer firmar a los jóvenes el escrito que presentaron en su nombre.

Aun cuando frecuentemente existe un deseo de saber sobre el origen y una necesidad de recuperación de identidad, que constatamos en los diálogos, coincide con que dilucidarlo por la vía de la prueba voluntaria de ADN puede incriminar o complicar la situación penal de los que consideraban sus padres, desencadenando posiciones de culpabilización. Suelen ser presionados por el mensaje de que si acceden a realizarse la prueba serán “culpables” de lo que le suceda a su o sus apropiadores. Cabe aplicar a esta situación el concepto de “encerrona trágica” que Fernando Ulloa acuñó, a partir de su trabajo con víctimas de tortura, para referirse a esas situaciones donde entre la víctima y el victimario hay una relación de dependencia y falta una instancia de ley, en un vínculo que aparece como sin salida (Ulloa, 1999).

Frente a estas situaciones se ha habilitado por ley, luego de debates y posiciones encontradas, que las pruebas se obtengan aun sin el consentimiento de los jóvenes.¹⁷ Lo que generalmente se hace es tomar muestra de prendas en el hogar con intervención de la fuerza pública. En alguna ocasión se nos solicitó colaborar en un procedimiento de esta índole, y logramos reemplazar la fuerza por el consentimiento. La Conadi ha promovido la capacitación de quienes realizan las acciones de obtención de muestras no voluntarias, para evitar prácticas lesivas.

Para fundamentar esta ley se tuvo en cuenta que la apropiación de niños es un delito que viola los derechos de otras víctimas, los familiares, y de la sociedad en su conjunto en cuanto al costo que tendría que estos hechos queden impunes. El discurso de los que pugnan por la impunidad se ha sostenido sobre el derecho de los jóvenes a “no saber” si no lo desean, un extraño derecho si se piensa que antagoniza con el derecho de las familias a que cese el violentamiento permanente de no conocer el destino de sus descendientes. Una abuela narró, en una conversación, que el clima de cada día (si hacía frío, por ejemplo) inmediatamente le hacía pensar en su nieta o nieto a quien no conocía “si hace frío pienso si estará abrigado...”.

También, quienes resisten a que actúe la justicia, afirman que en estos procesos se produce una “revictimización” de los jóvenes. Debiéramos detenernos en el concepto mismo de víctima. La apropiación, la tortura, el secuestro son formas extremas de objetivación, conllevan la posición de pasividad de la víctima. Por eso los testigos-víctimas de los juicios de terror de estado se han resistido a que se los denomine de esta manera y por eso es un lugar del cual es subjetivamente necesario salir. No obstante, para salir del lugar de víctima es necesario reconocer que se lo ha sido, como primer paso para recuperar la autonomía de la acción (Stolkiner, 2008;39). En estos jóvenes, se trata de la restitución de su identidad y de su filiación, o sea que la victimización ha sido máxima y la incorporación de la verdad sobre su origen debe ser un paso para su autonomía.

16 Hubo un caso de difusión pública en que una joven querelló a sus apropiadores.

17 En noviembre de 2009 por iniciativa del Ejecutivo, se promulgó la ley 26.549 que modifica el art. 218 bis del Código Procesal Penal. En ella se habilita a los jueces a ordenar el secuestro de objetos que contengan células desprendidas del cuerpo de personas de las que se sospeche que su identidad fue alterada.

Por eso la restitución de identidad no supone borrar o anular ninguna etapa de su vida. Una joven lo sintetizó: "(...) no me gusta que me digan que nací ahora. Ahora sé mi origen y conozco a mi hermano. Mi identidad la tengo que armar con lo que debí haber sido, con lo que fui y con lo que soy y seré en esta recuperación". En un dramático proceso cada uno va construyendo la relación entre esas partes, a la par que decide cómo se reordenan y definen sus vínculos tanto con las personas del período de la apropiación como con las que se ligan a su origen. Que finalmente se haga justicia sobre estos hechos no solo no revictimiza, sino que desarma la encerrona trágica. No obstante, es necesario evitar en el accionar todo dispositivo de objetivación, que la misma lógica de funcionamiento de los procesos judiciales suele conllevar. En esto se centra nuestra tarea sobre la cual expondremos algunas escenas.

Un juzgado nos solicitó Informar a un joven cuál era su origen y su familia biológica. La prueba genética se había realizado contra su voluntad, y el hombre al que consideraba su padre, un represor, se encontraba procesado y preso. Al inicio de la conversación pusimos sobre la mesa las fotos de sus padres biológicos, que apenas miró. Se negaba a conocer la familia de origen y sostenía una tenaz resistencia a reconocerse en la historia que se le revelaba, de todos modos, la escuchó. Al terminar la reunión se llevó las fotos. Poco después aceptó conocer su familia. Nos reunimos con ellos para hablar sobre la situación, había varias generaciones, la mayoría se reconocían como militantes populares. Expusieron los dolores y las desilusiones de la larga búsqueda y sus expectativas con respecto al joven.

Tuvimos que acompañarlos en aceptar que encontrarían una persona necesariamente distinta de la que soñaron, como suele suceder con los descendientes en general, pero potenciado por el ambiente de crianza. Días después, se encontraron con él, que vino con su hijo pequeño, y comenzaron a construir su relación, atravesada por el juicio al apropiador.

En este caso, los abogados del apropiador presentaron al joven como testigo de la defensa.

Al final de su testimonio, festejaron como un triunfo su intervención y él, al salir, abrazó a su familia biológica y a la representante de Abuelas de Plaza de Mayo, conmovido. Uno de los miembros del equipo, que asistió a esa audiencia escribió: "(...) la declaración del joven fue un acto de tortura hacia su familia biológica y hacia todas las personas que asistimos a la audiencia. La imagen de ese chico, hablando ante el tribunal en defensa de su victimario, la persona que lo había secuestrado y robado su identidad, todavía me resulta estremecedora. Mientras duró su declaración, no pude más que representarme a un niño que todavía no había salido del campo de concentración al que fue llevada su madre para dar a luz. Terminado el juicio y condenado el apropiador, el joven declaró haberse sacado una mochila de encima. Hoy, al igual que la mayoría de los jóvenes que recuperaron su identidad, reivindica y exige que sea la justicia quien disponga y haga cumplir el estudio de ADN, evitando así su revictimización"¹⁸. Agregaríamos a este relato el notable acto de aceptación de la familia hacia él y su situación, aun cuando declaró en defensa de uno de los implicados en la muerte de sus hijos y hermanos.

Salir del lugar de víctima también se logra por el reconocimiento de derechos de otros, por la posibilidad de adoptar una posición ética propia. Un joven, al inicio del proceso, dijo refiriéndose a su familia de origen: "(...) no los reconozco como familiares, pero perdieron sus hijos y me buscaron todos estos años, tienen derecho a conocerme (...)". Ese fue el punto inicial para una revinculación que se ha mantenido y profundizado.

El proceso de reconfiguración de la identidad, de recuperación de la historia personal, tiene momentos en que los sentidos se precipitan. Un adolescente, atendido hace años por uno de los miembros del equipo, solicitó al juzgado autorización para visitar a la mujer que había considerado su madre y que se encontraba detenida por sustitución de identidad. Al entrar a la unidad penal, con la fugacidad de un rayo, se precipitó la imagen de su madre biológica dándolo a luz en un centro clandestino de detención parecido a ese lugar, esa imagen dolorosa fue el punto de partida para su revinculación familiar.

18 Vicente, Viviana. Nota inédita.

No siempre resulta bien, hay jóvenes y familias que no han podido restablecer la relación, solo cabe la reparación de haber encontrado al joven que buscaban y saber que está vivo, junto con la esperanza de que algo cambie y el vínculo sea posible. De hecho, hay jóvenes que han tardado años en entrar en contacto.

Pero cuando el encuentro se da, se restaña una grieta que no debió existir. Al final de un proceso en el cual se obtuvo la muestra de ADN por allanamiento, participamos del primer contacto entre dos hermanas, su única relación anterior había sido la mano que la mayor apoyaba sobre el vientre de su madre, secuestrada antes del parto, para sentir los movimientos de su hermanita. Se abrazaron como no lo harían jamás dos personas que no se conocen, se descalzaron y compararon sus pies, idénticos en la extraña longitud de los dedos. “El acto que se trae al presente, el acontecimiento, de algún modo escapa al pasado como totalidad, como movimiento necesario y se convierte en un acto único, que ‘sobresalta’ el presente (...)” (Foster, 2005; 39).

Nos ha sido dado trabajar como un pequeño engranaje del impresionante proceso colectivo que, a lo largo de estos años, ha rememorado y por ende producido un sentido de la historia en esta sociedad. Nosotros mismos somos cotidianamente transformados en esta tarea. No se trata de un solo acto de transformación de la historia, sino de una serie de acontecimientos únicos e irrepetibles. Se intentó borrar una generación y cortar la línea de su descendencia. Cada joven que recupera su identidad restaura una filiación colectiva.

Cada uno de estos actos obtura la posibilidad de repetición de hechos que no debieron haber sucedido nunca.

Bibliografía:

AGAMBEN, G. (2003). *Estado de Excepción* (Trad. F. Costa e I. Costa) (2.^a ed.), Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.

AGUIRRE ROJAS, C. A. (2010). *Walter Benjamín y las lecciones de una historia vista a “contrapelo”* [en línea]. En <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=60605207>>.

BENJAMIN, W. (1989). *Escritos. La literatura infantil, los niños y los jóvenes* (Trad. J. J. Thomas). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

BENJAMIN, W. (1989). *La obra de arte en la época de la reproductibilidad técnica. En Discursos interrumpidos 1*. Buenos Aires: Ed. Taurus.

BENJAMIN, W. (2002). *Tesis II, Sobre el Concepto de Historia en el libro*. En *Aviso de Incendio* (Trad. Horacio Pons). Buenos Aires: Michael Löwy, Fondo de Cultura Económica.

BERISTAIN, C. (2008). *Las reparaciones a las víctimas en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. En *El papel del sistema de justicia en las violaciones masivas a los derechos humanos – Problemáticas actuales*. Buenos Aires: Abuelas de Plaza de Mayo.

FOSTER, R. (2005). *Del exilio al libro como patria*. En *Mesianismo, Nihilismo y Redención – De Abraham a Spinoza, de Marx a Benjamin*, de Ricardo Foster y Diego Tatian. Buenos Aires: Ed. Altamira.

GIBERTI, E. (1990). *Mesa Redonda entre Psicoanalistas*. En *Identidad, despojo y Restitución*. Comp. Matilde Herrera y Ernesto Tenenbaum. Buenos Aires: Ed. Contrapunto.

RAFFIN, M. (2006). *La experiencia del horror: subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur*. Buenos Aires: Editores del Puerto.

LÖWY, M. (2002). *Aviso de Incendio* (Trad. H. Pons). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

STOLKINER, A. (2008). *Consecuencias Actuales del Terrorismo de Estado*. En *Acompañamiento a testigos y querellantes en el marco de los juicios contra el Terrorismo de Estado – Estrategias de Intervención*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación.

ULLOA, F. (2010, julio). *La Crueldad - Parte I*, Jornadas Preparatorias para la Universidad de Madres de Plaza de Mayo, clase del 11 de diciembre de 1999 [en línea]. En <<http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=157>>.

VILLALTA, C. (2008). *El circuito institucional de la apropiación: procedimientos, sentidos y narrativas acerca de la adopción de niños*. En *El papel del Sistema de Justicia frente a las Violaciones masivas a los Derechos Humanos – Problemáticas actuales*. Buenos Aires: Abel Madariaga, Abuelas de Plaza de Mayo.

(2017). *Biopolítica e Infancia – Niños, Niñas e Instituciones en el contexto latinoamericano* [en línea]. Comp. Lucía MANTILLA, Alicia STOLKINER y Mercedes MINICELLI. México: Ed. Universidad de Guadalajara. Consultado el 18 de agosto de 2023 en <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/kiosko/2017/biopolitica_e_infancia.pdf>.

La autora

Alicia Lo Giúdice

Psicoanalista. Profesora Adjunta Consulta, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Directora del Centro de Atención por el Derecho a la Identidad de Abuelas de Plaza de Mayo, área psicoterapéutica.

La práctica psicoanalítica en el "Centro de atención por el derecho a la identidad de Abuelas de Plaza de Mayo"

Alicia Lo Giúdice

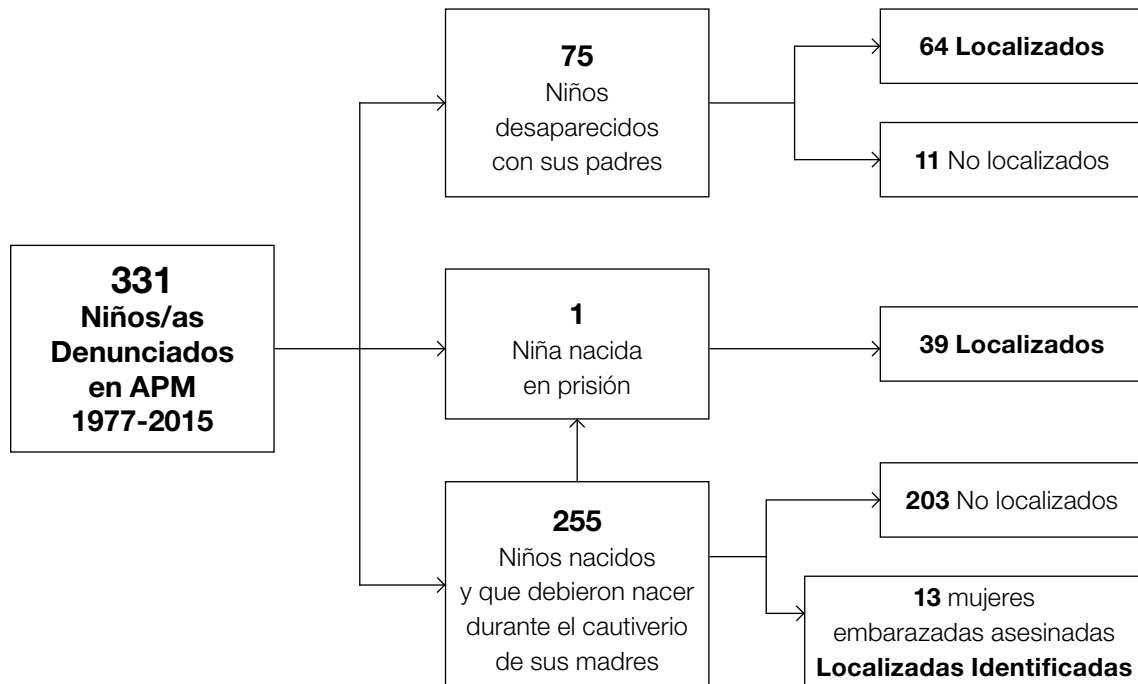
Este año se cumplen 32 años de democracia en nuestro país¹ y treinta años del histórico juicio a las Juntas Militares responsables de la dictadura cívico-militar en Argentina entre los años 1976 y 1983 que puso en marcha métodos de Terrorismo de Estado, implementando una maquinaria perversa sobre la población produciendo la "desaparición forzada de personas" como forma de persecución política.

En un acto ético y ciudadano los familiares se organizaron como "Abuelas de Plaza de Mayo" para lograr la localización y restitución de identidad de alrededor de quinientos niños que habían sido secuestrados junto a sus padres o nacidos durante su cautiverio ilegal. Haciendo uso de los aparatos del Estado han conseguido que ciento dieciséis de ellos la recuperaran y con ello sus lazos familiares, la historia de sus padres, su familia y su lugar en el sistema de parentesco, anudando las tres generaciones necesarias para que una transmisión se cumpla.

Con el primer gobierno democrático lograron la creación del Banco Nacional de Datos Genéticos, organismo creado en el año 1987 por la ley 23.511 para guardar las muestras de material genético de las familias denunciadas en Abuelas y así poder realizar las pruebas para determinar el índice de "abuelidad", descubrimiento científico que lograron y que permite ubicar parentesco aun en ausencia de una generación. Asimismo lograron la creación de la Conadi (Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad) y la incorporación en los arts. 7, 8 y 11 del "Derecho a la Identidad" en la Convención Internacional de los Derechos del Niño sancionada en el año 1989 por las Naciones Unidas y que son conocidos en el mundo como los "artículos argentinos" e incidieron para que en dicha Convención cambiara el estatuto jurídico del niño que pasó a ser considerado "sujeto del derecho" haciendo caer la posición del objeto en que era considerado en las leyes vigentes hasta ese momento. Lo sancionado por dicha Convención pasó a ser incluido en la reforma de la Constitución Nacional en el año 1994.

¹Los datos, fechas e información correspondiente al 2015, año de la publicación original.

En el siguiente cuadro podemos apreciar el estado actual de la búsqueda de Abuelas.



116 Casos resueltos (*)

64 niños desaparecidos junto a sus padres Localizados.

(3 asesinados + 1 fallecido + Matías Espinosa Valenzuela).

39 jóvenes nacidos en cautiverio/prisión Localizados.

13 mujeres embarazadas asesinadas Localizadas Identificadas.

(*) Incluye dos casos de revisión. Ver listado cronológico de casos resueltos 1977-2014.

Datos relevados hasta mayo de 2015, aportados por el área “Archivo Biográfico Familiar de Abuelas de Plaza de Mayo”, coordinado por Marcelo Castillo.

Lo acontecido produjo una catástrofe social que como genocidio afectó a la comunidad convirtiéndose en un trauma histórico. Genocidio es un término acuñado por Raphaël Lemkin en el año 1944 que nombra el aniquilamiento de los pueblos (cidio: aniquilamiento, genos: grupos, clanes). En el año 1948 el término pasó a tener un estatuto legal con la aprobación, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la “Convención para la prevención y sanción del delito de genocidio”, que lo definió como un crimen contra el *derecho de gentes*, sea cometidos en tiempos de paz o de guerra. Es el ejercicio criminal de la soberanía estatal. Dicha Convención incluye como genocidio el traslado por la fuerza de niños de un grupo a otro grupo, como ocurrió en nuestro país a partir de su secuestro y apropiación. Es recientemente que esta situación es reconocida en juicios por crímenes de lesa humanidad.

En el Juicio a las Juntas Militares el caso de los nietos buscados por las Abuelas no fue considerado como un plan premeditado, sino que obedecía a “excesos” de los intervinientes en la represión. Abuelas no se conformó con lo planteado y como querellante inicia en el año 1996 un juicio para probar que hubo un Plan Sistemático de Apropiación de Niños que sufrió varias postergaciones y finalmente comenzó a celebrarse en el año 2011 y que concluyó el 5 de julio de 2012 y que tuvo como testigos también a los nietos que recuperaron su identidad. En la sentencia el Tribunal Oral Federal n.º 6 se expidió condenando a los acusados “por tratarse los hechos juzgados de delitos de lesa humanidad, implementados mediante una práctica sistemática y generalizada de sustracción, retención y ocultamiento de menores de edad, haciendo incierta, alterando o suprimiendo su identidad, en ocasión del secuestro, cautiverio, desaparición o muerte de sus madres en el marco de un plan general de aniquilación que se desplegó sobre parte de la población civil con el argumento de combatir la subversión, implementando métodos

de Terrorismo de Estado durante los años 1976 a 1983 de la última dictadura militar". A los máximos responsables se los condenó a cadena perpetua, entre ellos a Jorge Rafael Videla, quien falleció en el año 2013 mientras cumplía la sentencia.

Como practicantes del psicoanálisis nos interrogamos por la época que nos toca vivir y tomamos en consideración las subjetividades que produce, según nos recomendara Jacques Lacan, dado que la misma hace marca y da marco a nuestra historicidad y constituye las condiciones en las que ejercemos nuestra práctica.

Nos preguntamos qué incidencia puede tener el discurso analítico en un organismo de derechos humanos. En principio, nos propusimos disponer un dispositivo analítico para alojar lo excluido del discurso totalitario, que en su forma más extrema tomó a la población infantil y produjo la "desaparición forzada de niños por razones políticas".

Los niños fueron violentamente separados de sus padres y sus familias y entregados para su crianza a personas pertenecientes a las Fuerzas Armadas, a colaboradores y a cómplices. En unos pocos casos fueron dados en adopción haciendo pasar a los niños como abandonados, en esta práctica estuvo involucrado el "Movimiento Familiar Cristiano" que se dedicaba, en aquellos años, a facilitar adopciones. Los niños nacidos en campos de concentración y en cautiverio ingresaron en este sistema ilegalmente, facilitados por monjas que operaban con militares para la entrega de niños.

Ellos crecieron ignorando que el origen del vínculo con quienes los criaban "como si" fueran sus hijos se basaba en su secuestro y desaparición, así como la de sus padres. Iniciaron sus vidas en una situación de desamparo radical ya que se los despojó de su familia, de su historia, de su cuerpo y de su nombre, viviendo en un estado de excepción sin saberlo, dado que su situación falsificada, así como su documentación, filiación e identidad. Su estatuto de ciudadano es paradójico ya que su estado de excepción se sitúa dentro y fuera del orden jurídico y el mismo se constituye como norma de vida.

Con esta práctica del secuestro de niños bajo un gobierno totalitario se consume otro modo del exterminio dado que, al inscribirlos como propios, se produce otra forma de filiación que es la optimización racional del encierro que responde a una lógica concentracionaria y que reniega, en tanto mecanismo perverso, de lo acontecido.

La pista de esta lógica me la enseñaron algunas analizantes, una de ellas, quien había sido secuestrada junto a sus padres a sus veintitrés meses y que vivió durante seis años apropiada, en el análisis dice que "en esa época yo era medio tonta, no me preguntaba", pasado más de quince años después del segundo tramo de su análisis, y retomando, ubica que "vivir con quienes me criaron era como vivir en un campo de concentración, lo vivía pero no me daba cuenta"; otra analizante que había nacido en un campo de concentración y exterminio, pues sus padres habían sido secuestrados y "desaparecidos" mientras su mamá cursaba un embarazo de ocho meses, en el espacio y tiempo analítico ubica que cuando era pequeña realizaba un juego que ahora le resulta extraño: se ataba las manos y se vendaba los ojos y trataba de recorrer la casa para ver si ubicaba lugares, también tenía por costumbre leer la guía de teléfono, entonces se pregunta ¿buscaba nombres, direcciones?

El psicoanálisis vincula la familia a la lengua, en tanto que la lengua que cada uno habla es cosa de familia, reservorio de los significantes con los que cada quien inscribe su deseo. La lengua nombra eso que nos vino de afuera y nos da vida. Lengua viva que anima y se anima en cuerpos vivos y hace posible una transmisión y es primordialmente el lugar donde se aprende la lengua materna y da lugar al equívoco. La designamos de acuerdo con Freud, como la "otra escena" que el lenguaje ocupa por su estructura elemental que se resume en la de parentesco.

Jacques Lacan nos aportó que las denominaciones de parentesco tienen el alcance de instituir el orden simbólico ya que anudan y trenzan, a través de las generaciones, el hilo de las estirpes. La confusión de las generaciones es lo que, en la Biblia, como en todas las leyes tradicionales, es maldecido como la abominación del verbo y la desolación del pecador.

Si la lengua crea el parentesco, el pequeño sujeto al ser secuestrado y apropiado, se lo despoja del contexto familiar donde se prende a sus marcas singulares. Es ahí donde se abre el espacio concentrado, dado que obligados a tomar la lengua de quienes ejercieron las funciones materna y paterna, desde una particular perversión, con usurpación y banalización del amor, se vieron sometidos al estrago que produce una filiación falsificada, sostenida por una mentira acerca de su origen, en donde se niega la práctica del secuestro y apropiación, que incluyó una filiación basada en el asesinato de los padres. Ocultamiento doble ya que se negó también la búsqueda de la familia.

Proponemos la filiación como construcción, entonces hablaremos de parentalización, pues hay una elección de los padres, como hay una elección de los hijos, el lugar que el niño ocupa en la familia es una construcción.

La parentalización implica una operación, es una acción a ser llevada a cabo por un sujeto que conlleva efectos. Subjetivar la cadena generacional supone que cada sujeto se responsabiliza por su lugar y su función. La filiación pensada como construcción implica un trayecto que permitiría hacerse hijo de los padres y padres de los hijos, así se introduce el acto, la responsabilidad y el deseo. El marco ético está configurado por la legalidad, el deseo, la responsabilidad subjetiva y el registro del amor.

El discurso canalla no se hace responsable de lo sucedido, callan y suelen dar vuelta la situación y hacer que la responsabilidad recaiga en otro lado, en muchos casos en los nietos que se animan a averiguar su origen y así develar el delito a que fueron expuestos. Poder localizar lo vivido y a qué situación se vieron sometidos les abre un camino para reubicar responsabilidades y desarmar el discurso único de los apropiadores y del supuesto amor.

Esto genera un trabajo psíquico suplementario para aceptar lo vivido e iniciar un trabajo de duelo tanto por lo vivido como por la situación de sus padres “desaparecidos”.

La conexión con la familia les abre un espacio a las preguntas sobre sus padres, sobre las expectativas que había en torno a su nacimiento que le permiten armar una versión acerca de los padres y de sí mismo y del deseo que estuvo en su origen, esto da lugar a la construcción de un relato en donde pueden hacerse hijos de esos padres “desaparecidos” y nietos de los abuelos y familiar de otros familiares y reconocerse en ese deseo para poder transmitirlo a la generación siguiente, sus hijos.

Encontramos en cada uno los efectos de la traición de la palabra, de aquellos que creían que eran sus padres y su familia, quienes mantuvieron la situación amparados en el Terrorismo de Estado. Así se pierde garantía de la palabra del otro al que se suponía protector y portaba los valores familiares. Lograr un nuevo espacio de confianza es costoso, pero el encuentro con la verdad histórica que le aportarán la familia y las Abuelas, abre una dimensión nueva de su propia vida y de la de sus padres, aun con el dolor que implica.

Se produce una alteración del tiempo porque lo organizado hasta ese momento se trastoca y los saberes disponibles se vuelven inoperantes. Ubicar lazos y funciones es un trabajo suplementario que implica aceptar que habían vivido y/o nacido en una situación traumática desconocida y renegada.

Saberse deseado, buscado y encontrado o que él mismo tomó el camino del encuentro hace que los vínculos construidos durante la apropiación se vayan deconstruyendo.

He sido testigo de cómo se anudan rápidamente a la historia y al deseo familiar, en muchos casos reconociéndose rápidamente en el nombre dado por los padres. Se trata de un verdadero acto del sujeto que se reconoce en ese deseo que lo anticipó.

En mi caso comencé mi práctica psicoanalítica en Abuelas a partir de atender a la primera nieta restituida por orden judicial y con las pruebas genéticas, que mostraban parentesco con la familia que la había localizado y reclamaba su restitución de identidad y la recuperación de los lazos familiares, que incluyó la convivencia con su abuela materna.

Era el año 1985 y la niña había sido restituida en diciembre de 1984, en ese momento no pertenecía al equipo psicoterapéutico de Abuelas, pero a través de un familiar que me conocía solicita iniciar un trabajo analítico juntas. Es en el año 1990 que tomo a mi cargo la coordinación del área a pedido de su presidenta Estela de Carlotto y de la comisión directiva.

Dicha niña había sido secuestrada a sus 23 meses en el año 1978, en Montevideo, Uruguay, en donde estaba radicada junto a sus padres desde hacía un año. Este secuestro formó parte de lo que se conoce como el "Plan Cóndor" en donde los ejércitos de los países limítrofes podían actuar secuestrando o trasladando prisioneros, libremente.

La apropiación un policía de la provincia de Buenos Aires y su esposa y la vuelven a inscribir en el Registro Civil como recién nacida y como hija propia, con datos filiación falsos, intentando borrar mágicamente los años vividos y obligándola a vivir de acuerdo a su nueva inscripción que implicó, asimismo, un atraso de dos años en su incorporación al sistema escolar.

Ante este arrasamiento de la subjetividad su actitud fue paradójica: por un lado, logró retener su primer nombre, pues era al único al que respondía y como no se lo pudieron cambiar quedó incluido en el nuevo documento falso; y, por otro lado, hubo una detención de su desarrollo óseo durante dos años, detectado con posterioridad con exámenes forenses periciales, en el juicio por su restitución de identidad. Su acto retención del nombre lo podemos leer como resistencia del inconsciente a la apropiación y la detención de su desarrollo óseo como respuesta al desamparo radical en que quedó expuesta a partir del arrasamiento de la subjetividad al ser secuestrada, apropiada y privada de sus padres.

El juez que entendía la causa me solicitó en diferentes oportunidades un informe acerca de lo trabajado con la paciente, en los mismos sostenía la necesidad de un espacio familiar confiable para asegurarle una estabilidad a la pequeña a partir de la restitución jurídica.

Con dicho juez tuve que diferenciar padres de apropiadores, pues intentaba asimilar su situación a la de una adopción, ignorando o pretendiendo ignorar que la apropiación de niños es una ruptura de la legalidad, en este caso amparada en el Terrorismo de Estado. Asimismo, tuve que plantear a la Cámara Federal cuando sus apropiadores reclamaban visitas como si se tratara de niños de padres separados, que escuchen el "no" de la pequeña "sujeto" que se negaba a verlos cuando conoció la situación a la que estuvo sometida, pues si no escuchaban la posición de la niña y se producía una disociación de la personalidad la responsabilidad sería de la Justicia y no solo por la situación de apropiación. La Cámara aceptó los términos del informe y no otorgó las visitas.

El análisis tuvo tres momentos: el primero hasta la obtención de los documentos legales que demoraron tres años por la dificultad del juez para diferenciar apropiación y adopción, el segundo tramo cuando solicita retomar entre sus catorce y dieciséis años y hace siete años nuevamente reinicia el trabajo analítico. Cuando comienza el juicio por el Plan Sistemático es convocada como testigo ya que en dicho juicio está incluido su caso, conmovida por la situación solicita más frecuencia en sus sesiones y aparecen otros recuerdos de la época en que vivió con la familia que la apropió, confirmando lo que pensaba acerca de lo concentracionario. Ubica su situación de permanente extrañeza, pero, sus fallidos intentos de alejarse, como en lugar de entrar en la casa donde vivían querer correr hacia otro lado, pero en ese momento, ninguna palabra le fue nombrada para ubicar lo que le ocurría, privándola del lenguaje que pudiese legitimar lo que había registrado.

Sigmund Freud plantea que los traumas son vivencias en el cuerpo propio o percepciones sensoriales de lo visto y oído, es decir impresiones recortadas de temprana infancia que marcan el cuerpo. Hay un anudamiento entre trauma y cuerpo dado que las percepciones sensoriales, lo visto y oído, vivencia o impresión siempre afectan y comprometen al cuerpo, a su sensibilidad. Solo el psicoanálisis es capaz de devolver a la memoria lo que se constituyó en traumático para cada uno, se trata de ubicar cómo el trauma opera para que desde el más allá, entre en el funcionamiento del principio del placer.

Si el paradigma freudiano del trauma es la neurosis traumática extraída de la neurosis de guerra, su modo de tratamiento es el juego del *fort-da*. Sea que el exceso intrusivo venga del propio cuerpo, lo pulsional o del exterior –como aquello a lo que los cuerpos fueron sometidos durante en el Terrorismo de Estado– se trata para cada uno de cómo salir de la inermidad, del desvalimiento, del sin recursos y de su angustia correlativa.

Freud pone a consideración la lógica de lo que considera el primer juego simbólico creado por un niño, su nieto de un año y medio, que ponía en escena la ausencia materna a partir del uso del carretel y lo acompañaba de dos sonidos, leídos como fonemas: “fort” (fuera) cuando lo arrojaba por fuera de la cuna y “da” (acá), al retornarlo.

El juego completo era entonces, desaparición y aparición, siendo la primera parte la que repetía reiteradamente, pero, según Freud, el placer estaba ligado a la segunda. El juego ponía en escena la marcha de la madre y la renuncia a la satisfacción pulsional a la que el niño estaba dispuesto al permitirla. En la repetición del suceso desagradable –la partida de la madre–, el niño pasó de ser el objeto pasivo de esa ausencia a tomar un papel activo creando un juego a partir de la ausencia, que deja su caída como objeto para la madre, haciendo entrar este suceso dentro del principio del placer. Inventa un juego como modo consentir a la renuncia que dejó una ausencia haciéndose así, dueño de la situación.

Freud desprende de este juego el impulso a elaborar psíquicamente algo que ha causado intensa impresión, algo traumático, para así dominarlo. La disposición a la creación es del niño, el dominio es del principio del placer, el regocijo del juego y la dignidad es del sujeto que ha decidido hacer otra cosa que padecer lo desagradable dándole la vuelta a la impotencia. Esto que implica un cambio en el decurso de la pulsión de muerte y un cambio de decisión respecto de lo traumático vivido.

El trabajo analítico con la niña restituida que fue realizado en tres tramos con sus entradas y salidas a la manera del *fort-da*, le fueron posibilitando una apertura a un espacio propio y para poder ubicar las marcas particulares de la catástrofe vivida, logrando otro espacio para habitar, recordando que para habitar se necesita construir mundo.

Como política del psicoanálisis, desde nuestro Centro pusimos en marcha un dispositivo analítico que produce el inconsciente en acto y el analista, por su posición en el discurso, introduce una hiancia en el discurso común para dar lugar al discurso del inconsciente, que surge siempre en su dimensión de ruptura del sentido establecido y promueve el deseo de “pura diferencia” respecto de lo vivido, de las identificaciones y del objeto plus de gozar que habitan al ser hablante.

Restituirse, para cada uno de los nietos, habiendo recuperado sus derechos en el plano jurídico, será un trabajo de subjetivación que podrán realizar en el espacio analítico, como sitio de lo posible para que surja el sujeto del inconsciente, en donde podrá cernir las marcas singulares del estrago, con la deslocalización del goce que conlleva. En dicho espacio se trata de la búsqueda del sujeto que transporta una verdad, un saber no sabido, pero vivido.

Experiencia analítica para que otra lengua sea posible, como nos recuerda J. Lacan en la clase 10 del 13.4.76 del Seminario 23 *El síntoma* cuando dice que “uno elige hablar la lengua que uno habla efectivamente. De hecho, uno no hace más que imaginarse elegirla, y lo que resuelve la cosa es que esta lengua, al fin de cuentas, uno la crea. Uno crea una lengua en tanto que en todo momento uno le da sentido (...). En todo momento uno da un pequeño retoque, sin lo cual la lengua no estaría viva. Ella solo está viva en tanto que en todo momento uno la crea, y es en eso que no hay inconsciente colectivo, que solo hay inconscientes particulares, en tanto que cada uno, a cada instancia, da un pequeño retoque a la lengua que habla”. Se trata de recuperar lo más vivo de sí como modo de salida del discurso del “Otro”, que durante la apropiación lo petrificó y que da paso a un decir singular. Para llevar un “entre” a término se necesita decisión, dar lugar a ese tiempo propio que abre un camino nuevo para salir de lo siniestro silenciado y de lo forzosamente olvidado.

El deseo del analista se orienta hacia la construcción del síntoma en tanto creación, ya que porta memoria, memoria pulsional de lo vivido que resiste al discurso, así el sujeto podrá hacer síntoma en la historia, encarnarla, ya que a la historia se la crea con el síntoma. Invención que posibilita un espacio para la vida.

Para concluir comparto unos párrafos del escrito de María Eugenia Sampallo Barragán quien nació en cautiverio y recuperó su identidad en el año 2001 y que fue la primera nieta restituida que se incluyó como querellante en el juicio por su apropiación, para juzgar al matrimonio que la apropió y al militar que la entregó.

En la acusación que presenta al Tribunal dirá "la única huella que conservamos de aquella herencia y aquella historia fue nuestro cuerpo y nuestra sangre, que señaló, indicó, acusó, en cada momento de nuestra vida, la fisura que existía en el discurso de los apropiadores". En el texto que presenta a la justicia incluye un fragmento del poema de Bertolt Brecht "A los combatientes de los campos de concentración".

El 31 de marzo de 2008 unos días previos a la sentencia del Tribunal que entendía su causa, lee un escrito en una conferencia de prensa ante los medios nacionales e internacionales en la sede de Abuelas.

"Normalmente, al difundirse las noticias sobre apropiaciones de menores durante la última dictadura, erróneamente emplean los siguientes términos para referirse a las personas que inscribieron como hijos propios a quienes no lo eran: se emplean las fórmulas "padres adoptivos", "padres del corazón" o simplemente "padres".

Lo que quiero destacar es que, tanto en mi caso, como en muchos otros, no se trata de "padres adoptivos", puesto que no existió ningún trámite de adopción. Yo fui inscripta como hija propia por estas personas, con una fecha de nacimiento falsa, un lugar de nacimiento falso, padres falsos, a partir de un certificado de nacimiento falso.

(...).

En cuanto al término "padres del corazón", imagino que se hace referencia a cierta relación filiatoria a partir del afecto.

Pero entonces podemos preguntarnos si una persona que robó a un recién nacido, que le ocultó que fue robado, que tal vez secuestró o torturó a sus padres, que lo separó de ellos y de su familia, que le mintió siempre respecto de sus orígenes, que –más frecuentemente de lo que uno quiere pensar– lo maltrató, humilló, engañó, en forma cotidiana, que lo separó de su familia a conciencia, si una persona que hizo todo esto, o algo de todo esto, puede saber y sentir qué es el amor filial.

Yo respondo que no, que el vínculo con este tipo de personas queda determinado por la crueldad y la perversión.

(...) creo que de ninguna forma es correcto llamarlos "padres", puesto que padres fueron aquellos de los que nos separaron a la fuerza cuando nacimos o al ser muy pequeños.

(...) las personas que hoy se encuentran imputadas por mi apropiación me criaron sin ningún consentimiento por parte de mi familia, la cual me buscó desde antes de mi nacimiento, que tuvo lugar durante el cautiverio de mi madre.

(...) sé que la curiosidad de muchos los inclina a preguntarse qué es lo que siento yo para con mis apropiadores.

Puedo decir que no siento nada. Ningún vínculo emotivo me une a ellos.

Solo me voy a referir a cierto sentimiento de culpa, que creo que en algún momento es inevitable sentir, puesto que la relación que diseñan los coloca en un rol "salvador": en este sentido, mis apropiadores sostenían que yo había sido abandonada.

Hay un momento en el que lo perverso de la relación, construida en esos términos, se hace evidente: cuando comprobamos que el derecho a conocer nuestros orígenes implica develar el delito del que somos víctimas. Para mí primó mi derecho a conocer quiénes habían sido mis padres, qué había sucedido con ellos y conmigo.

(...).

En el alegato (...) expresamos que el robo de bebés, la apropiación de niños nacidos durante el cautiverio de sus padres o secuestrados junto a ellos, es un delito de lesa humanidad y entendemos que ya es hora de considerar su gravedad en estos términos y dejar de minimizar el impacto que tuvo y sigue teniendo en nosotros, en nuestras familias y en la sociedad en su conjunto.

Los precedentes pueden rastrearse a lo largo de la historia argentina y pueden analizarse las consecuencias desastrosas en el presente, en el tráfico de niños, por ejemplo.

Nuestros padres fueron perseguidos por razones políticas; muchos fueron asesinados o están desaparecidos, muy pocos viven y están separados de nosotros y nos siguen buscando. Nosotros fuimos apropiados por razones políticas.

(...).

Nuestras madres y nuestros padres no nos abandonaron. Vivimos gracias a ellos, que soportaron las más terribles condiciones durante su cautiverio ilegal. Solamente a la fuerza pudimos separarnos de ellos.

Concluye con estos interrogantes

¿Cómo se puede mitigar la crueldad de cientos de secuestradores y secuestradoras? ¿Con la venganza? Creo que nos salva de ella conocer la noción de justicia, que es lo que mi familia, las Abuelas, yo y tantos esperamos durante treinta años. Ahora es el Tribunal Oral Federal n° 5 quien debe contraponer a estos treinta años de impunidad, la Justicia”.

Dicho Tribunal estaba integrado por los jueces Guillermo Andrés Gordon, Daniel Horacio Obligado y Ricardo Luis Farías, quienes el día 4 de abril de 2008, se expiden condenas a los acusados con penas muy menores respecto de lo solicitado tanto de la querrela como de la fiscalía.

Hay historias que necesariamente tienen un nuevo comienzo, este comienzo es promesa y está garantizado por cada nuevo alumbramiento. Si “la verdad alumbra lo que perdura” como dice Victoria Montenegro, otra nieta restituida, también posibilita otro espacio para la vida.

Se tratará, entonces, de dejarnos enseñar por nuestra experiencia y ubicar no sólo lo que el psicoanálisis nos aporta sino lo que de dicha experiencia nos abre a la interrogación psicoanalítica.

Bibliografía

- AGARBEN, G. (1988). *Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos (2000). *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III*. Valencia: Pre-textos (2004). *El estado de excepción*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- DAVOINE, F.; GAUDILLIÈRE, J. M.: (2011). *Historia y trauma*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económico.
- FREUD, S. (1979). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras Completas* (pp. 1926/1925). Volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1980). *Moisés y la religión monoteísta*. En *Obras Completas* (pp. 1939/1934-38). Volumen XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- HEIDEGGER, M. (1987). *De camino al habla*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- LACAN, J. (1971). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En *Escritos 1*. México (1988). *Dos notas sobre el niño*. En *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- LAURENT, E. (2004). *La sociedad del síntoma*, *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, (2), EOL. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- LO GIÚDICE, A. (comp.) (2005). *Hacia una construcción poética, Derecho a la Identidad*. En *Psicoanálisis: restitución, apropiación, filiación*. Buenos Aires: Centro de Atención por el Derecho a la Identidad. Abuelas de Plaza de Mayo–Unión Europea.
- LO GIÚDICE, A. (comp.) (2007). *Abuelas: volver posible la vida, Derecho a la Identidad, restitución, apropiación, filiación. Desplazando los límites del discurso*. En *Psicoanálisis: Identidad y Transmisión*. Buenos Aires: Centro de Atención por el Derecho a la Identidad. Abuelas de Plaza de Mayo–Gobierno Vasco.
- TOTÉ, S. (1998). *A la historia ¿se entra por el síntoma?*. *Lazos Nueva Serie*, (1), EOL, Sección Rosario.

LO GIÚDICE, A. (junio, 2023). *La práctica psicoanalítica en el Centro de Atención por el Derecho a la Identidad de Abuelas de Plaza de Mayo*, Área Psicoterapéutica [en línea]. Buenos Aires: Revista Electrónica Intersecciones Psi de la Facultad de Psicología de la UBA. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=334:la-practica-psicoanalitica-en-el-centro-de-atencion-por-el-derecho-a-la-identidad-de-abuelas-de-plaza-de-mayo-area-psicoterapeutica&catid=9:perspectivas&Itemid=1>.

Protocolo de Intervención para el Tratamiento de Víctimas–Testigos en el marco de procesos judiciales

Secretaría de Derechos Humanos

Presentación

En materia de derechos no basta con su reconocimiento, sino con su efectiva protección.

Norberto Bobbio

El presente protocolo de actuación se produce a partir de un recorrido conjunto entre representantes del Poder Judicial y funcionarios del Poder Ejecutivo, en los juicios que se llevan adelante contra el terrorismo de Estado, en todo el país. Con la reapertura de los juicios y el inicio de una etapa de reconstrucción de la verdad histórica, sostenida en los cuatro pilares de “memoria, verdad, justicia y reparación”, acordados por la comunidad internacional en materia de protección de derechos humanos, este protocolo intenta constituirse en herramienta de una política integral de reparación por parte del Estado.

Entendemos que, en el abordaje judicial de las víctimas del terrorismo de Estado en su calidad de testigos, cobran un valor central las medidas simbólicas que apuntan a “efectivizar desde el propio Estado una actitud de ruptura con el pasado donde se han violado todos los derechos, y que permite instaurar un nuevo significado de garantías de no repetición por las cuales todo Estado reparador debe bregar”¹.

El propósito que se pretende cumplir con este protocolo es que, en el afán del acto de administración de justicia, no se produzcan nuevos mecanismos de revictimización o retraumatización de las víctimas–testigos como señalan algunos expertos. Lo que se esgrime como posible causa de revictimización es el escaso cuidado de aquellos funcionarios que deben intervenir en todo el conjunto de acciones ligadas a los juicios, y que, por falta de conocimiento en la materia, pueden llegar a desvirtuar esa función reparadora largamente esperada por las víctimas–testigos y sus familiares, para llegar a constituirse, incluso, en un riesgo de nuevo daño.

El instrumento que aquí se presenta busca uniformar pautas de intervención para evitar aquellas que pudieran resultar arbitrarias. En tal sentido, con la protocolización de las actuaciones judiciales se procura que en todo el Poder Judicial, cualquier profesional tenga acceso a las herramientas necesarias para reducir al mínimo los mecanismos que pueden conducir a la retraumatización de los testigos.

Si bien la situación de cada víctima–testigo es singular y requiere de un tratamiento adecuado a esa específica situación, existen situaciones generales que debemos prever para evitar, por todos los medios posibles, caer en situaciones que profundicen la sensación subjetiva de vulnerabilidad que de por sí implica el hecho de enfrentarse a una situación testimonial.

No debemos olvidar que quienes se constituyen en testigos de causas vinculadas a delitos de lesa humanidad son personas a quienes el Estado ha violado sus derechos, siendo el Estado el que debe garantizarlos y protegerlos, de modo que esa particular situación envuelve al proceso de un estrato considerablemente delicado.

1 Rousseaux, F. (2009). *Memoria y verdad: los juicios como rito restitutivo*. En *Acompañamiento a testigos en los juicios contra el terrorismo de Estado. Primeras Experiencias* (pp. 29–38). Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Asimismo, el protocolo de actuación se constituye en un instrumento básico para garantizar –además de la debida protección de derechos– la coordinación interinstitucional, debiendo englobar medidas que garanticen la articulación de acciones de las instituciones competentes, respecto de la atención integral a las víctimas.

Este instrumento está dirigido a magistrados, funcionarios y operadores que tienen participación en el abordaje judicial de los testigos, víctimas del terrorismo de Estado.

Los actores involucrados en estos procesos deben funcionar de forma transdisciplinaria, produciendo acciones, que tiendan a intercambiar información y participar coordinadamente en la planificación y gestión de recursos, para garantizar de este modo una mejor lógica de trabajo.

Fundamentos

El Estado ha asumido la responsabilidad de llevar adelante una verdadera política de reparación integral, respecto de los crímenes cometidos por el terrorismo de Estado; para lo cual ha tenido que confrontar con los paradigmas éticos existentes y realizar una lectura político–jurídica en relación con los procesos de reconstrucción de verdad, inéditos hasta el momento.

Al reabrirse los juicios para juzgar esos delitos en la Argentina, las víctimas–testigos se han convertido en un elemento probatorio fundamental para el descubrimiento de la verdad de los hechos que se juzgan y la determinación de las responsabilidades penales de quienes cometieron esos crímenes. El abandono al que fue sometida, durante muchos años, la suerte de las víctimas de delitos de lesa humanidad, después de cometidos los hechos, es una circunstancia que en la actualidad se está reparando, debido a la implementación de diversas políticas públicas.

Sin perjuicio de ello, subsiste la necesidad de redefinir el abordaje de las personas que prestan su testimonio en las causas por delitos de esta característica, en particular de aquéllas consideradas víctimas–testigos. En este contexto, sabido es que los relatos testificales obligan a revivir con distintos modos de intensidad las situaciones padecidas. Es por ello que resulta necesario implementar un sistema que guíe a los magistrados judiciales para contener cada uno de los casos desde una perspectiva multidisciplinaria, teniendo en consideración que debe priorizarse frente al testimonio –de indiscutido valor probatorio–, la salud psíquica y física del sujeto. En este sentido, debe ser revalorizado por el Estado, no solo como objeto de prueba –concepción tradicional de la doctrina procesal–, sino como sujeto, especialmente dotado de derechos.

Ante la situación procesal, quienes revisten la categoría de testigos manifiestan diversas reacciones frente a este acto de alto impacto jurídico y fundamentalmente simbólico. Estas manifestaciones pueden presentarse de diversas formas sintomáticas, tanto sean bajo el modo de temor a declarar o bien expresando su deseo de declarar en circunstancias diversas a las que exige el actual procedimiento penal, entre otras. Todas ellas dan cuenta de que no es sin consecuencias el hecho de llegar a los estrados judiciales en calidad de víctimas–testigos, ya que siempre implica una reactualización de los episodios traumáticos que se relatarán.

Consentir en utilizar la categoría de testigo–víctima para hablar de sujetos que atravesaron o fueron tocados, en cualquiera de sus dimensiones, por la experiencia concentracionaria, peca de convertirse en una rápida y rígida conceptualización que nos limita en cuanto a todo lo que dentro de esa categoría se encuentra cada vez que se escucha a un testigo.

En este protocolo, entonces, se propone redefinir el concepto de testigo–víctima, entendiendo que priorizar el primero de los caracteres sobre el segundo podría implicar considerar al sujeto como mero medio de prueba en el proceso penal. Definirlo, en cambio, como *víctima–testigos*, revirtiendo los términos, implica centrar la mirada en el sujeto, quien sufrió los crímenes más horribles.

Existen entonces una serie de circunstancias vivenciales, a las que los tribunales someten a las víctimas–testigos, la mayoría de las veces provocadas en forma involuntaria. Estas circunstancias se fundan

en general en el desconocimiento, o en la necesidad de priorizar el medio probatorio, también por la celeridad que exigen los trámites procesales; en síntesis, por no haber focalizado la actividad de los tribunales en perspectiva de las víctimas.

Para revertirlo, es necesario contar con la apoyatura profesional interdisciplinaria que proviene de distintos campos del saber.

Por otra parte, en el específico caso de los juicios por delitos de lesa humanidad cometidos en el marco de la última dictadura cívico–militar, los hechos que se están juzgando acontecieron hace más de treinta años y esto implica diversas respuestas que exceden el orden estrictamente técnico de las diferentes disciplinas que intervienen en el proceso judicial; tal como se expresa en los Principios y Directrices Básicas sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y del derecho internacional humanitario:²

El Estado debe velar por que, en la medida de lo posible, su derecho interno disponga que las víctimas de violencias o traumas gocen de una consideración y “atención” especiales, para que los procedimientos jurídicos y administrativos destinados a hacer justicia y conceder una reparación no den lugar a un nuevo trauma.

La exigencia jurídica del testimonio, en su dimensión de “deber”, plantea un aspecto complejo, ya que la víctima–testigo puede interpretar esa exigencia (carga pública) como dejando de lado la dimensión de “derecho” que éste implica en los juicios de lesa humanidad. Plantearlo en términos de deber puede llevar a agudizar la revictimización de quien porta en su cuerpo una verdad que en algunos casos no se puede transponer al plano de lo público por la magnitud y por la profundidad de las marcas.

Dado que la dimensión del daño subjetivo es intangible e inconmensurable, todas las formas de reparación que contenga el proceso, tendrán efectos simbólicos, y éstos solo se producirán si se logra sostener en todo momento la dignidad de las víctimas–testigos. Las secuelas de quienes han sobrevivido a las experiencias de los campos de concentración, y hoy son testigos, requieren de un tratamiento particular de sus necesidades, donde todos los operadores que intervengan en este proceso puedan contemplar las circunstancias personales de cada víctima. El protocolo de actuación que aquí se presenta apunta a sistematizar estas pautas de intervención.

Marco referencial

Previo adentrarse en el tratamiento de las recomendaciones de intervención judicial, que serán el meollo de este protocolo, corresponde circunscribir un marco referencial; esto es, definir algunos conceptos con la finalidad de que al mencionarlos se pueda comprender acabadamente el texto en función de la idea central de este documento. Ello a fin de considerar algunas cuestiones que escapan al ámbito y a la mentalidad jurídica para adentrarse en un campo mucho más amplio, compuesto por cuestiones que hacen a la psicología de las personas y, en particular, de aquellas que han sufrido el accionar del terrorismo de Estado, ya sea en forma personal y como miembros de una familia desmembrada como consecuencia de aquél.

En esa línea de pensamiento, es dable pensar que, en términos jurídicos, el testimonio es la declaración prestada por un testigo o por la víctima de un delito.

Testigo es toda persona ajena al proceso que conozca sobre los hechos investigados a través de sus sentidos y, en virtud de la utilidad que sus dichos pudieran representar para el avance de la investigación y el descubrimiento de la verdad, es llamada a prestar declaración ante la autoridad jurisdiccional correspondiente. Víctima es aquella persona sobre la cual ha recaído el accionar delictivo. Según Eduardo Jauchen³, testigo es “toda persona física citada o comparecida espontáneamente al proceso

2 Resolución 2005/35 de la ONU sobre tratamiento de víctimas.

3 Jauchen, E. (2004). *Tratado de la Prueba en materia Penal* (pp. 285–287). Buenos Aires: Rubinzal–Culzoni Editores.

con el fin de transmitir con sus manifestaciones el conocimiento que tenga sobre un hecho concreto, pasado y extraño al proceso, que ha percibido sensorialmente en forma directa y que resulta de interés probatorio en la causa”.

Dar testimonio, entonces, es, desde esta perspectiva, la narración de todo aquello que un sujeto percibió a través de los sentidos en relación con el hecho investigado en el marco de un proceso. Es, en palabras del automencionado, el mecanismo a partir del cual un testigo transmite al juez el conocimiento que tenga sobre una determinada circunstancia.

Pero, dentro del marco de las causas en las que se investigan delitos de lesa humanidad y desde la óptica del sujeto, dar testimonio muchas veces se relaciona con la calidad múltiple de víctima y de testigo y, por tanto, no es solo volver a contar o transmitir meras circunstancias, sino que es revivir, reactualizar, reeditar una situación extremadamente traumática que vuelve a afectar a la persona.

La situación de testimonio pone en marcha un trabajo de historización del sujeto, que al presentarse en su condición de víctima del terrorismo de Estado volverá a enfrentarse con estos episodios dolorosos.

Al dar testimonio –por otra parte–, el sujeto hace intervenir una intimidad en el espacio público; intimidad que puede resultar extraña para el propio testigo, ya que muchas veces irrumpe en el momento del acto de la prueba testifical. Y es por este motivo que se intenta la protección de estas personas a manos del poder estatal, con el objeto de que su comparecencia ante los estrados judiciales resulte lo más acorde posible con la finalidad de evitar en todos los casos y momentos la revictimización del sujeto.

A continuación, se hará referencia, entonces, a distintos conceptos para que queden definidos en el sentido que interesa a este trabajo:

a) Víctima–testigo

La Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y Abuso del Poder, en su artículo primero define a la víctima:

Se entenderá por víctimas las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

En este protocolo, se entenderá como víctima–testigo a “toda persona que ha padecido en su cuerpo la acción del terrorismo de Estado y que presta testimonio por sí y por otros. Tal concepto abarca también a los familiares de las personas detenidas o que continúan desaparecidas”.

Los juicios contra el Terrorismo de Estado que se llevan a cabo en la Argentina hacen que se ponga en juego esta categoría, en la medida en que se tensa y extrema su significado.

b) Acompañamiento

La Secretaría de Derechos Humanos entiende por acompañar una función fundamental en las políticas públicas reparatorias del Estado, ya que colabora en habilitar un espacio de confiabilidad para que la víctima–testigo, a través de su testimonio, produzca un acto político en relación con la memoria, la verdad y la justicia.

Acompañar se vuelve entonces una medida posible de protección, ya que muchas veces la existencia de una red que sostenga a la víctima–testigo evita llegar a situaciones donde el terror paraliza e impide continuar con este proceso.

La función de acompañamiento implica considerar la dimensión subjetiva en el trabajo con cada víctima–testigo y en cada situación particular.

c) Revictimización

La revictimización es un proceso que puede producirse al hacer pasar nuevamente al testigo por una situación que lo ubica en el lugar de víctima de una vulneración de derechos.

Asimismo, la falta de cuidados en el trato por parte de los funcionarios del Estado involucrados en este proceso, o la ausencia de mecanismos de asistencia acordes, pueden producir un efecto de retraumatización.

d) Retraumatización

La retraumatización puede tener como efecto, la actualización del episodio traumático, poniendo nuevamente de manifiesto antiguas sintomatologías.

Recomendaciones para la intervención

Ha llegado el momento de adentrarnos en forma concreta en la temática relacionada con la finalidad última de este protocolo. Esta finalidad no es otra que la provisión de herramientas a todos los operadores judiciales, en términos de recomendaciones, con el objeto de evitar la revictimización de las víctimas–testigos del terrorismo de Estado en el marco de los procesos seguidos por delitos de lesa humanidad que se llevan adelante en la Argentina.

Para ello, se han dispuesto distintas recomendaciones, según los diversos momentos y modos en los que el aparato judicial toma contacto con la víctima–testigo, para orientar al operador judicial en dirección del modo menos lesivo de concretar dicha intervención estatal, en relación con la vivencia concreta del sujeto de la que podría, eventualmente, resultar una circunstancia traumática por el hecho de prestar testimonio.

Se abordará la temática desde el momento mismo en que el tribunal debe convocar la presencia de la víctima–testigo al proceso, pasando por todos los estadios de aquél, tanto en su etapa instructoria como durante el debate, para lograr un modo armónico de actuación en función de los fines propuestos.

a) Cuestiones generales para ser aplicadas en cualquier etapa del proceso

En primer lugar, se recomienda tener presentes algunas consideraciones de tipo generales, de modo previo a cualquier intervención y para cualquier instancia del proceso:

1. Valorización de la víctima–testigo como sujeto de derecho

La víctima–testigo debe ser revalorizada por el Estado no solo como objeto de prueba, sino como sujeto en sí mismo. Esta concepción tradicional de la doctrina procesal deja de lado al testigo como sujeto, especialmente dotado de derechos. Durante todo el proceso debe prestarse especial atención a que la estrategia de investigación no deje por fuera al sujeto que debe prestar declaración con todo lo que este acto conlleva.

2. Testimonio como derecho

Frente al primer contacto de un órgano jurisdiccional con las víctimas–testigos, sea que aquél fuera provocado indistintamente por cualquiera de las partes, aquéllas deberán ser informadas sobre sus derechos y obligaciones; sobre la función de los tribunales, las etapas procesales, el desarrollo cronológico y la marcha de las actuaciones, así como sobre la decisión de llevar adelante cada instancia de la causa. Esto cobra especial particularidad en el caso en que la víctima–testigo se constituya en parte querellante.

Dada la mirada que se impone desde la lógica procesal tradicional, donde se realiza un tratamiento de la víctima–testigo casi exclusivamente desde su lugar de proveedor de la “prueba”, o incluso, en muchas oportunidades, de sospechoso de ocultar la supuesta verdad que porta, suelen leerseles en primer

término sus obligaciones como testigos y las sanciones que la ley prevé para los supuestos de pronunciarse con falsedad, cuando lo primero que debería transmitírseles es la enunciación de sus derechos como testigos. Siempre se debe garantizar el derecho a la víctima–testigo a participar del proceso, aunque no tenga la posibilidad de interponer querrela ni acción civil.

3. Importancia del operador judicial como referente

Resulta de vital importancia que los operadores judiciales actúen como referentes para las víctimas–testigos. En ese sentido, se recomienda que, dentro de las posibilidades, sea la misma persona la que interactúe con la víctima–testigo en los distintos momentos y convocatorias. Esto es, que una única persona sea la encargada de la citación, por el medio más idóneo, de recepcionar a la víctima–testigo el día del testimonio, y auxiliarla durante la jornada judicial en las necesidades que pudieran surgir. Ello favorecerá que las víctimas–testigos puedan referenciarse con ellos en el caso de ser necesario.

4. Capacitación de los operadores judiciales

Se recomienda que los funcionarios y empleados judiciales que tengan contacto con las víctimas–testigos se capaciten y actualicen permanentemente en cuestiones relativas a la protección y promoción de los derechos humanos y temas relacionados con lo estrictamente procedimental, como así también en relación con el tratamiento y atención a las víctimas–testigos. La especialización es una garantía de buen funcionamiento de la Justicia y de respeto a los derechos de las víctimas.

Para ello se sugiere que periódicamente se promueva, desde el propio Poder Judicial, el dictado de cursos a tales fines o la promoción de asistencia a seminarios o conferencias dictadas por distintos organismos en el sentido apuntado. Podría eventualmente considerarse un sistema de capacitación especial para ocupar cargos o promover ascensos a empleados o funcionarios que directamente van a estar afectados al seguimiento de este tipo de causa, que requiera de la acreditación pertinente.

5. Causas por delitos de apropiación de menores/sustitución de identidad

Se sugiere ponerse en contacto con el Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia dependiente de la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad (Conadi).

En los casos en que deben ordenarse la realización u obtención de pruebas de ADN, se sugiere dar intervención al Banco Nacional de Datos Genéticos y al Grupo Especial de Asistencia Judicial. Al respecto, remitirse al apartado “Direcciones útiles”.

6. Víctimas–testigos con discapacidad

En estos casos, se recomienda como prioridad suministrar o poner a disposición de las personas con capacidades disminuidas los elementos que sean requeridos para suplir o atenuar la discapacidad de que se trate de acuerdo con la reglamentación existente en la materia.

En este sentido, se tratará de proveer accesos, medios de circulación interna e instalaciones de servicios que permitan su utilización por personas con discapacidad.

Asimismo, deberá garantizarse su derecho a testificar, en igualdad de condiciones que los demás.

b) Recomendaciones con incidencia en las situaciones previas al testimonio

Es importante tener en consideración el modo para llevar adelante el contacto de las víctimas–testigos con los tribunales, como así también cuestiones prácticas a considerar con antelación a la concreción de la audiencia de que se trata. En este apartado, entonces, trataremos, aquellas recomendaciones relativas a las instancias previas a la audiencia testimonial.

1. La citación

Entendemos que el contacto del tribunal con la víctima–testigo, cuyo testimonio se disponga, deberá ser en todos sus aspectos por demás cuidadoso. Para ello, se recomienda que el primer contacto sea premeditado y acordado previamente por intermedio de los representantes legales del sujeto, ya sean letrados u organizaciones de derechos humanos que pudieran hacer las veces de intermediarios. Así, deberá procurarse contar con los teléfonos actuales de la persona requerida, para de ese modo efectuar el primer acercamiento del órgano jurisdiccional vía telefónica, dejando de lado las notificaciones por los medios más formales y usuales, tales como la utilización de la cédula de notificación. Se recomienda, asimismo, evitar en todo momento la intermediación de Fuerzas de Seguridad para estos fines, como así también la implementación del apercibimiento de comparecencia por medio de la fuerza pública.

2. Información clara acerca de la causa al momento de realizar la citación

Es importante tener en cuenta que muchas de las víctimas–testigos no tienen ninguna información acerca de las causas y de las implicancias como testigos, o ésta es escasa. Por ello, resulta recomendable que en el llamado de citación se les brinde toda la información respecto del proceso que les sea requerida, utilizando para ello un lenguaje claro y coloquial, evitando cualquier tipo de formalismo o formulismo legal que puedan impedir la comprensión acabada de la información que se desea transmitir.

3. Enfoque de género

Desde el primer momento, se recomienda tener en consideración el género de la víctima–testigo. En la medida de las posibilidades, en el momento de la primera comunicación con la víctima–testigo, se sugiere consultarle respecto de si prefiere declarar ante funcionarios de sexo femenino o masculino, debiendo respetarse esta elección, en la medida de las posibilidades concretas.

4. Planificación de la entrevista de la declaración testimonial en la etapa de la instrucción

Una vez determinada la persona del operador judicial que habrá de llevar adelante la audiencia testimonial, se recomienda que aquél recabe toda la información con la que se cuente respecto de la víctima–testigo de que se trata en forma previa a la concreción de la declaración. La calidad de una declaración testimonial depende en gran medida de la posibilidad de contar previamente con información esencial sobre la persona de la víctima–testigo, su realidad, su contexto social, su situación general, etc.

5. Asistencia y acompañamiento

En las comunicaciones preliminares con las víctimas–testigos, se sugiere dar a conocer los programas de acompañamiento y asistencia existentes en el ámbito del Estado.

En situaciones particulares (problemas de salud, estados emocionales diversos), en las cuales se advierta anticipadamente la necesidad de la víctima–testigo de acompañamiento y asistencia, se recomienda efectuar la inmediata derivación a los programas pertinentes. Al respecto, remitirse al apartado “Direcciones útiles”.

6. Esquemas de protección y seguridad

Preliminarmente y luego del primer contacto, se sugiere considerar, de acuerdo a las características de cada caso, si la víctima–testigo queda contemplada dentro de las disposiciones de la ley n° 25.764, relativa al Programa Nacional de Protección Testigos e Imputados del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y de los programas provinciales y en su caso, remitirse al apartado “Direcciones útiles”.

7. Transporte y viáticos

Algunas víctimas–testigos viven en el interior del país o en el exterior; y para estos casos es conveniente tener ya previstos los viáticos necesarios sin que esto implique un engorroso trámite burocrático. Si bien

se deben coordinar acciones con el Consejo de la Magistratura, es necesario ajustar y mejorar estos mecanismos con la debida antelación. El sistema actual vigente implica el pago por reintegro de los viáticos en caso de tratarse de viajes desde el interior del país, lo cual a veces no es viable para los testigos debido a serias dificultades económicas y eso les agrega un elemento más de presión.

En el caso de los viáticos desde el exterior, si bien esas acciones se coordinan de otro modo, y los testigos no deben costear sus pasajes y recuperarlos por reintegro, solicitan muchas veces una extensión de su estadía en el país ya que el hecho testimonial genera temores e inseguridades, a veces de orden subjetivo por estar exiliados desde hace más de tres décadas, y el solo hecho de trasladarse al país donde ocurrieron los hechos penosos les resulta dificultoso.

Por otra parte, sabemos que existen situaciones puntuales donde los testigos no pueden viajar solos a prestar declaración, por razones de orden física o emocional. En estos casos se recomienda que, previa justificación profesional, se arbitren los medios para costear el pasaje de un acompañante.

c) Recomendaciones con incidencia en la audiencia testimonial propiamente dicha

Ahora bien, llegado el momento de que se desarrolle el testimonio de la víctima-testigo, según la instancia de la cual se trate, se han considerado cuestiones puntuales a tener en cuenta para dar con la finalidad propuesta en este protocolo.

1. La espera de las víctimas-testigos

Para el momento de las audiencias, se recomienda realizar una citación programada en diversos horarios estimativos, que eviten que las víctimas-testigos estén desde muy temprano en la mañana, cuando se prevea que el testimonio podrá desarrollarse durante la tarde. Ante imprevistos que puedan surgir, se recomienda dar prioridad a las víctimas-testigos. Para el caso de suspensión de la audiencia, se recomienda dar inmediato aviso a las víctimas-testigos en forma telefónica, a fin de evitar traslados innecesarios.

2. Encuentros entre víctimas e imputados/acusados

Durante los momentos de espera, tanto en el interior del recinto judicial, como en los pasillos de los tribunales, se recomienda no exponer a la víctima-testigo a un contacto directo con el imputado/acusado o con aquellos testigos que hayan sido propuestos por la defensa de los imputados/acusados.

3. El espacio físico

El espacio donde se desarrollen las declaraciones testimoniales en la etapa de la instrucción debe ser silencioso, a fin de evitar interrupciones. En ese sentido, se recomienda que el lugar no posea una línea telefónica instalada o bien, si la tuviera, que sea silenciada para el desarrollo del acto. Se recomienda el no uso de aparatos celulares y que todos aquellos que pudieran encontrarse en la sala, tanto en poder de los funcionarios como en poder de las personas a quienes se les va a recibir la declaración, sean apagados.

Se recomienda para la instrucción que el espacio físico posea las condiciones propicias para garantizar la mayor privacidad, es decir, que sea un recinto al que no puedan acceder otras personas ajenas al acto.

Asimismo, se recomienda que el lugar donde se reciba la declaración sea lo suficientemente neutro para no agraviar a las víctimas-testigos con motivos ideológicos, políticos, religiosos, etc.

No debemos olvidar que el momento de brindar testimonio requiere de la mayor neutralidad posible por parte de los operadores judiciales porque cualquier signo que pueda conmocionar la tranquilidad del testificante podría generar dificultades en la concentración o afectar el testimonio.

4. El juramento y las generales de la ley

En las audiencias del debate oral, se sugiere informar sobre las generales de la ley y el juramento por secretaría, evitando que la víctima–testigo se sienta interpelada por el discurso jurídico, generando angustia o nerviosismo en el momento previo al testimonio.

5. Confidencialidad

Se recomienda la implementación de las medidas necesarias e idóneas tendientes a proteger a la víctima–testigo de toda publicidad no deseada que revele datos respecto de su vida privada. En ese sentido, deberá existir confidencialidad de la información sobre su dirección y números telefónicos propios como de sus familiares directos, pudiendo fijarse un domicilio constituido para eventuales y futuras citaciones y/o comunicaciones.

6. Acciones de asistencia y acompañamiento durante la audiencia testimonial

Se recomienda permitir el acceso a las salas de audiencia, ya sea de instrucción o de debate, de profesionales del programa de que se trate, en el caso de que sea necesario para acompañar a las víctimas–testigos, todo lo cual deberá ser acordado y coordinado previamente con el órgano jurisdiccional correspondiente.

7. Imposibilidad de testimoniar

Frente a la existencia de informes que den cuenta de la situación particular de una víctima–testigo que no pueda someterse al hecho de testimoniar, o que plantee su decisión de no hacerlo por las consecuencias que esto traería aparejadas, se sugiere la suspensión de su testimonio o, para el caso de encontrarse en la etapa oral, la incorporación del testimonio por lectura o por otros medios alternativos, sin requerirse más que el informe pertinente del programa de asistencia de que se trate.

8. Cuestión de género–delitos sexuales

Se recomienda especialmente tener en cuenta la cuestión de género en los casos en los que se testimonee en etapas de instrucción sobre delitos sexuales cometidos en los centros clandestinos de detención. Considerando las marcas profundas e íntimas que estos delitos dejan sobre las víctimas, es conveniente no realizar preguntas incisivas que puedan desencadenar mayor angustia de la que por sí misma el recuerdo de estos hechos conlleva. Ello, además de tener en cuenta la recomendación general del sexo del interlocutor. En la etapa oral, y para los casos en los que se sabe previamente de la existencia de delitos sexuales, se sugiere preguntar a la víctima–testigo si está en condiciones de responder preguntas de esta índole, evitando su exposición en el debate oral y público.

9. Emergencias médicas

Se recomienda contar con un sistema de emergencias médicas para los casos en los cuales las víctimas–testigos requieran de asistencia especial. Muchas veces la situación testimonial despierta tensión en personas que padecen problemas cardíacos, de presión alta o que, por su avanzada edad, requieren de cuidados especiales. Lo mismo acontece respecto de mujeres que se encuentran en estado de gravidez o que, por cualquier razón, necesitan ser analizadas por un médico en el momento de prestar declaración.

10. Inspecciones oculares

En caso de que asistan víctimas–testigos a las inspecciones oculares, se recomienda dar intervención a los programas de asistencia y acompañamiento pertinentes, debido a lo que puede implicar para las víctimas–testigos el hecho de volver al centro clandestino de detención. Al respecto, remitirse al apartado “Direcciones útiles”.

Marco jurídico

| Contenidos | Instrumentos jurídicos | Áreas de aplicación | Sujetos del derecho protegidos |
|---|---|---|---------------------------------------|
| El derecho de todo ser humano “a la vida, la libertad y la seguridad de su persona” (art. 1) y a recibir “protección” para su familia (art. 5). | Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre | Derecho Internacional de los Derechos Humanos | Víctimas en general |
| El derecho de todo individuo “a la vida, la libertad y la seguridad de su persona” (art. 3). Y el reconocimiento respecto de que “toda persona tiene deberes respecto de la comunidad, puesto que solo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad” y que “en el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática” (art. 29). | Declaración Universal de Derechos Humanos | Derecho Internacional de los Derechos Humanos | Víctimas en general |
| Establece en su art. 1.1 que (...) “Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción (...). Garantiza que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral” (art. 5.1), “a la libertad y a la seguridad personales” (art. 7.1), “al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad” (art. 11.1) y “a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques” (art. 11.3), además de establecer que los Estados parte se comprometen “a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales, y las disposiciones de esta convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades” (art. 2). | Convención Americana sobre Derechos Humanos – Pacto de San José de Costa Rica | Derecho Internacional de los Derechos Humanos | Víctimas en general |
| Garantiza “el derecho a la libertad y a la seguridad personales” (art. 9). | Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos | Derecho Internacional de los Derechos Humanos | Víctimas en general |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Protección de “la seguridad, el bienestar físico y psicológico, la dignidad y la vida privada de las víctimas y testigos” (art. 68) y derecho “... a la reparación, incluidas la restitución, la indemnización y la rehabilitación...” (art. 75).</p> | <p>Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional</p> | <p>Derecho Internacional de los Derechos Humanos</p> | <p>Víctimas de delitos de genocidio, lesa humanidad y delitos contra el derecho humanitario</p> |
| <p>Todo Estado Parte instituirá su jurisdicción cuando “la víctima sea nacional de ese Estado y éste lo considere apropiado” (art. 5.1 c). A su vez reconoce el derecho de una persona que fue sometida a tortura que “presente una queja y a que su caso sea pronta e imparcialmente examinado por sus autoridades competentes. Se tomarán medidas para asegurar que quien presente la queja y los testigos estén protegidos contra malos tratos o intimidación como consecuencia de la queja o testimonio presentado” (art. 13) y el derecho a “la reparación y el derecho a una indemnización justa y adecuada incluidos los medios para su rehabilitación lo más completa posible” (art. 14.1).</p> | <p>Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes</p> | <p>Derecho Internacional de los Derechos Humanos</p> | <p>Víctimas de delitos de genocidio, lesa humanidad y delitos contra el derecho humanitario</p> |
| <p>Incorporación de los tratados internacionales a la Constitución Nacional (art. 75 inciso 22).</p> | <p>Constitución de la Nación Argentina</p> | <p>Derecho Interno</p> | <p>Víctimas en general</p> |
| <p>El Estado “garantizará a las víctimas de un delito y a los testigos convocados a la causa por un órgano judicial el pleno respeto de los siguientes derechos: recibir un trato digno y respetuoso por parte de las autoridades competentes; sufragio de los gastos de traslado al lugar donde la autoridad competente designe; la protección de la integridad física y moral, inclusive de su familia; ser informado sobre los resultados del acto procesal en el que ha participado; cuando se tratare de persona mayor de setenta años, mujer embarazada o enfermo grave a cumplir el acto procesal en el lugar de su residencia; tal circunstancia deberá ser comunicada a la autoridad competente con la debida autorización” (art. 79).</p> | <p>Código Procesal Penal de la Nación</p> | <p>Derecho Interno</p> | <p>Víctimas en general</p> |
| <p>Son aplicables en general todas las reglas que emanan del protocolo y en particular se destacan las siguientes normas: Aquéllas que surgen del cap. III relacionadas con el modo de investigar legalmente la tortura; puntualmente en cuanto establece: “la necesidad de que el Estado ofrezca plena reparación,</p> | <p>Protocolo de Estambul</p> | <p>Derecho Internacional de los Derechos Humanos</p> | <p>Víctimas de delitos de genocidio, lesa humanidad y delitos contra el derecho humanitario</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>incluida una indemnización financiera justa y adecuada, así como los medios para obtener atención médica y rehabilitación” (art. 77 inciso C); “que se investiguen con prontitud y efectividad las quejas o denuncias de torturas o malos tratos” (art. 78). El art. 79 garantiza la protección de las víctimas y sus familias de “(...) actos o de amenazas de violencia o de cualquier otra forma de intimidación que pueda surgir a resultas de la investigación”. El art. 82 establece la forma en que los expertos médicos habrán de llevar a cabo los exámenes médicos de las víctimas (vinculado con los caps. V y VI. El cap. V establece las señales físicas de la tortura, en especial el apartado a): Estructura de la entrevista y el cap. VI signos psicológicos indicativos de la tortura). Continuando con las normas aplicables, es fundamental el art. 87 (De la entrevista a la presunta víctima y otros testigos) donde se reconoce especialmente el trauma que la persona sufre como consecuencia de los actos de tortura de los que fue objeto por lo que el Estado tiene la obligación de protegerla. El art. 88 establece otras medidas de protección de la víctima (ver también en este sentido los arts. 94 y 95 y 111). El art. 92 vinculada con el trato a la víctima durante la entrevista y el art. 93 garantizan brindarle asistencia psicológica. El art. 97 reconoce la utilización de un intérprete que forme parte del equipo de investigación. El art. 98 establece qué tipo de información deberá obtener el investigador de la víctima (también en este sentido art. 99). El art. 103 reconoce la realización de evaluaciones clínicas y psicológicas de la víctima. También son importantes las normas del cap. IV “Condiciones generales relativas a las entrevistas” en especial apartado H “Riesgo de nueva traumatización del entrevistado” (arts. 145 a 148), I “Uso de intérpretes” y J “Cuestiones de género”: donde se reconoce que el equipo de investigación haya especialistas de ambos sexos para que el entrevistado pueda elegir entre ellos (art. 153). Dentro del cap. V, en el art. 162 y ss. se establece cómo será la estructura de la entrevista y luego se refiere puntualmente a la tortura en sí misma y finalmente en el cap. VI se disponen los signos psicológicos indicativos de la tortura.</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>El art. 8.1 garantiza a las “(..) víctimas de desaparición forzada el derecho a un recurso eficaz durante el plazo de prescripción (..)”. El art. 12, el derecho a que, quien conozca, denuncie el hecho de que alguna persona fue sometida a desaparición forzada, iniciándose al respecto una investigación. También se garantiza que los Estados Parte cooperen entre sí y presten el auxilio necesario para asistir a las víctimas de desapariciones forzadas (art. 15). En el art. 18.2 se garantiza la protección de las personas referidas en el punto 1 y de quienes participen en la investigación, contra cualquier maltrato, intimidación. Finalmente el art. 24 describe el concepto de víctima, los derechos de la misma y reconoce el deber de los Estados Partes de adoptar las medidas para la búsqueda, localización y liberación, por garantizar el derecho a la reparación y a una indemnización.</p> | <p>Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas</p> | | <p>Víctimas de delitos de genocidio, lesa humanidad y delitos contra el derecho humanitario</p> |
| <p>Establece principios para la protección y promoción de los derechos humanos mediante la lucha contra la impunidad.</p> | <p>ONU ECN 4/2005/102 del 8/2/05, del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos. Informe elaborado por Diane Orentlicher, en el 61° período de sesiones</p> | | <p>Víctimas de delitos de genocidio, lesa humanidad y delitos contra el derecho humanitario</p> |
| <p>Son numerosas las recomendaciones y orientaciones de la ONU para con los Estados Parte, que tratan la cuestión vinculada con la necesidad de implementar la existencia de un programa de protección de víctimas y testigos. El objetivo general de éstos programas está también vinculado con luchar contra la impunidad, y se recalca la necesidad de elaborar normas comunes y promover prácticas óptimas que sirvan como directrices para los Estados en cuanto a la protección de los testigos y otras personas interesadas en cooperar en los juicios por violaciones manifiestas de los derechos humanos, tendientes a evitar intimidaciones y represalias contra ellos y/o sus familiares.</p> | <p>Orientaciones para la Protección de Testigos elaborada por la oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos</p> | | <p>Víctimas de delitos de genocidio, lesa humanidad y delitos contra el derecho humanitario</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>A través de esta resolución el organismo de Naciones Unidas busca la protección integral de aquellas personas que hayan sido damnificadas por un delito de lesa humanidad, haciendo hincapié en que es necesaria una protección integral en virtud del carácter muy grave de este tipo de crímenes que constituyen una afrenta a la dignidad humana. Para ello, el organismo ha tenido en cuenta las disposiciones que figuran en numerosos instrumentos internacionales, que reconocen el derecho a un recurso a las víctimas de violaciones de las normas internacionales de derechos humanos, en particular, el art. 8 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el art. 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el art. 6 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; el art. 14 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; el art. 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño; así como a las víctimas de violaciones del derecho internacional humanitario, disposiciones que figuran en el art. 30 de la Convención de La Haya de 18 de octubre de 1907, relativa a las leyes y costumbres de la guerra terrestre (Convención n° IV); el art. 91 del Protocolo adicional de los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I), de 8 de junio de 1977; y los arts. 68 y 75 del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional”.</p> | <p>Res. A/C.3/60/L.24 de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 24 de octubre de 2005 titulada <i>Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones</i></p> | | <p>Víctimas de delitos de genocidio, lesa humanidad y delitos contra el derecho humanitario</p> |
| <p>“Barrios Altos” (<i>Chumbipuma Aguirre y otros vs Perú</i> del 14/3/2001). Se reconoce el derecho de las víctimas sobrevivientes, sus familiares y de los familiares de las víctimas que fallecieron a conocer la verdad acerca de los hechos que los damnifican. Se reconoce que el derecho a la verdad se encuentra subsumido en el derecho de la víctima o sus familiares a obtener de los órganos competentes del Estado el esclarecimiento de los hechos violatorios y responsabilidades correspondientes, a través de la investigación y el juzgamiento que previenen los arts. 8 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos–Pacto de San José de Costa Rica.</p> | <p>Jurisprudencia: Fallos: Corte Interamericana de Derechos Humanos Fallos: Derecho Interno</p> | <p>Derecho Internacional de los Derechos Humanos Derecho Interno</p> | <p>Víctimas de delitos de genocidio, lesa humanidad y delitos contra el derecho humanitario Víctimas en general</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p><i>Bulacio vs. Argentina</i> del 18/9/2003. Reconoce el derecho de la víctima o sus familiares a conocer la verdad de lo sucedido, que los familiares de la víctima tengan pleno acceso y capacidad de actuación en todas las etapas e instancias de la investigación y que se sancione a sus responsables. Derecho a percibir una indemnización.</p> <p><i>Gelman vs. Uruguay</i> del 24/2/2011. Garantiza la protección integral de las víctimas. Reconoce el “standard” de víctima a los niños apropiados, a los familiares de las víctimas de violaciones de derechos humanos; a su vez reconoce el derecho de las víctimas y familiares de éstas de formar de manera amplia parte activa del proceso de investigación y juzgamiento de los responsables, a recibir indemnizaciones, obligación del Estado de realizar lo necesario para conocer el paradero de los desaparecidos.</p> <p>La posibilidad cierta de la existencia de un riesgo de presión sobre los testigos es un criterio a tomar en cuenta a la hora de merituar si corresponde o no mantener la prisión preventiva de un imputado de delitos de lesa humanidad, para evitar que entorpezca la investigación. Ocurre que existe la posibilidad de que el imputado coarte a los testigos o los induzca a falsear su declaración, riesgo que no resulta infundado si se toma en cuenta lo que en democracia le sucedió al testigo Julio López y que no puede desconocerse que las estructuras de poder que actuaron con total desprecio por la ley en la época de los hechos integrando una red continental de represión ilegítima todavía hoy mantienen una actividad remanente (del fallo de la Sala II de la Excma. Cámara Federal –nº de registro 29082– y del dictamen del Procurador Fiscal ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Dr. Warcalde en los autos <i>Vigo Alberto Gabriel s/incidente de excarcelación</i>).</p> | | | |
|---|--|--|--|

Lectura sugerida

- *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.* Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 2001.
- *Acompañamiento a testigos y querellantes en el marco de los juicios contra el terrorismo de Estado. Estrategias de intervención.* Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Buenos Aires, 2008.
- *Acompañamiento a testigos en los juicios contra el terrorismo de Estado. Primeras experiencias.* Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Buenos Aires, 2009.

SDH (2011, septiembre). *Protocolo de Intervención para el Tratamiento de Víctimas-Testigos en el marco de Procesos Judiciales* [en línea]. Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <http://www.jus.gob.ar/media/1129154/32-protocolo_intervencion_victimas.pdf>.

Eje 2:

**Salud mental, violencias
y derechos humanos**

Las autoras

Eugenia Bianchi

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Grupo de Estudios Sociales sobre Fármacos y Diagnósticos, Buenos Aires, BA, Argentina. C1114AAD–info@conicet.gov.ar; iigg@sociales.uba.ar; gesfyd@gmail.com (eugenia.bianchi@conicet.gov.ar; eugenia.bianchi@gmail.com). PósDoutorado em Saúde Coletiva (UERJ); Dra. en Ciencias Sociales (UBA); Mgs. en Investigación en Ciencias Sociales (UBA); Licenciada en Sociología (UBA). Investigadora Adjunta Conicet, con sede de trabajo en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales, UBA). Docente regular en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Grupo de Estudios Sociales sobre Fármacos y Diagnósticos (GESFYD–IIGG).

Macarena Sabin Paz

Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldemberg”. Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús, UNLa), estudios en Políticas de Género en el Sistema de Justicia (Universidad de Buenos Aires). Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Investigadora del Programa Salud Investiga para Estudios Multicéntricos, Becas Ramón Carrillo, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico

Eugenia Bianchi y Macarena Sabin Paz

Introducción

Distintos enfoques sociológicos estudian la salud y el malestar; entre otros, el estructural–funcionalismo, la economía política, el interaccionismo simbólico, los estudios foucaultianos, y el constructivismo social. Aun con sus ostensibles diferencias, hay un reconocimiento común de la salud y el malestar como hechos sociales, como campos legítimos de indagación para formular interrogantes críticos (Arantxa Grau I. Muñoz; Aina Faus Bertomeu, 2022). En esta línea, las autoras abogan por análisis feministas de la salud y la enfermedad, que pongan en evidencia la medicalización de las mujeres, e inviten a repensar el lugar y rol de la medicina en la cultura y en la vida cotidiana. Y precisamente las epistemologías feministas (Donna Haraway, 1991; Sandra Harding, 1986) han contribuido a posicionar la necesidad de deconstruir la neutralidad científica, y a destacar cómo las disciplinas científicas en general, y la medicina en particular, son subsidiarias de una epistemología específica (Ann Oakley, 1972).

Siguiendo a Oakley (1993), una epistemología feminista conlleva asumir que las cuestiones metodológicas, teóricas y empíricas no son fácilmente disociables, y ello supone adoptar modelos de análisis complejos, no deterministas, causalistas ni reduccionistas. Eso es consonante con la necesidad de enfoques críticos que pongan de relieve que durante siglos a las mujeres se les definieron como el “Otro” en el discurso médico (Deborah Lupton, 2012; Ana María Fernández, 1994), como versiones incompletas o enfermas de los hombres, con mayor debilidad, inestabilidad, dotadas de impurezas, infecciones y enfermedades, y fuentes de daños psicológicos para su descendencia (Silvia Federici, 2011). Fernández analizó la inferiorización de la diferencia de género en diversas dimensiones: epistemológica, política, cultural, erótica, subjetiva, entre otras. En estas dimensiones cumple un papel relevante la tríada del mito de la mujer–madre, el mito del amor romántico y el mito de la pasividad erótica femenina.

Marisa Miranda (2011) historizó las prácticas sexuales desde el biopoder en diferentes períodos históricos en Argentina, a través de un hilo conductor que incluye el *continuum* noviazgo–matrimonio–procreación–lactancia, como eje medular articulador de políticas y praxis oficiales en torno de una reproducción orientada por hipótesis eugenésicas, que reforzaban la maternidad como deber social femenino y establecían una otredad respecto de este *continuum*.

Si el hombre es la referencia de lo humano y de la normalidad, podemos añadir, siguiendo a Sandra Caponi (2019a), que al interior mismo de la categoría “mujer”, las “locas” expresan de modo paradigmático la otredad respecto de ideales y estereotipos de normalidad femenina, vinculados a parámetros de salud, salud mental, maternidad, sexualidad y participación en la vida social. Investigar en términos de salud mental y género conlleva, pues, identificar una segunda torsión de este pensamiento diádico, ubicar una segunda capa de otredad en las mujeres, que abre a una problematización específica desde las ciencias sociales.

Ya existe una plétora de estudios que aportan a la relevancia del análisis del campo de la salud mental desde las ciencias sociales, en los que se articulan el control social, la salud mental y el encierro psiquiátrico y punitivo, con procesos como medicalización, biomedicalización y farmacologización de la sociedad (Eugenia Bianchi, 2022). En sus resultados, subrayan la pertinencia de incluir diferentes perspectivas, entre las que se encuentran los estudios de género y sexualidades, para el análisis de fenómenos y problemas de la salud mental. Esta configura un campo complejo, multicontextual, situado, historizado y conflictivo, lo que lo torna especialmente proclive a incorporar enfoques feministas sustentados en la interseccionalidad. Sin embargo, solo recientemente se están jerarquizando investigaciones que aborden integralmente las temáticas de salud mental y género.

En esta línea, el artículo analiza resultados de una investigación realizada en un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, Argentina, entre 2010 y 2019, en salas que alojan mujeres. El artículo reprocessa resultados a partir de claves analíticas que integran nociones y conceptos de la sociología del diagnóstico y de los estudios sociales del fármaco.

El objetivo es analizar los motivos de internación de estas mujeres que están o estuvieron alojadas en el hospital, incluyendo el diagnóstico y la medicación psicofarmacológica recibida, identificar sus variaciones en el tiempo de internación, y la relación con prácticas e intervenciones profesionales asociadas a estereotipos de género. Los datos fueron obtenidos con una metodología que triangula el análisis de fuentes desde métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas. Se realizaron quince entrevistas a mujeres CIS usuarias del hospital y diecisiete a profesionales tratantes, y se analizaron diez historias clínicas.

Los resultados abarcan hallazgos sobre los diagnósticos de base que recibieron las mujeres y su variación a lo largo de, en muchos casos, períodos prolongados de internación, como también la relación entre diagnósticos de ingreso y los esquemas de administración de medicación psicofarmacológica durante la internación.

Antecedentes y conjunciones conceptuales para una problemática compleja

Las mujeres internadas en este hospital neuropsiquiátrico público de la provincia de Buenos Aires conjugan una serie de características: fueron admitidas, recibieron algún diagnóstico en salud mental, fueron alojadas en salas de Agudos y Rehabilitación, y fueron y son tratadas con medicaciones psicoactivas. Estas características implican una complejidad analítica notoria, que requiere ser abordada conceptualmente en un plexo de antecedentes y nociones.

Para ello, en primer lugar, mencionamos algunos antecedentes de investigaciones que dieron cuenta de la relación histórica y actual entre mujeres, salud mental, encierro y sexualidad.

En segundo lugar, se consideran la medicalización y biomedicalización en mujeres, como perspectivas de las ciencias sociales que convergen en la complejización de los estudios de género con la inclusión de interseccionalidades situadas en contingencia sistemática.

Mujeres, salud mental, encierro y sexualidad

De los estudios sobre la relación histórica y actual entre mujeres, salud mental, encierro, sexualidad y maternidad, es ineludible el escrito de Caponi (2019b) quien documentó cómo el saber psiquiátrico colaboró en la cristalización de una idea normativa de ser mujer, en un contexto histórico –finales de siglo XIX y principios del XX– en el cual la medicina estaba abocada al proceso de higienización de las ciudades y de normalización de las conductas. Esta constatación epistemológica histórica fue basal para el incremento, desde entonces, tanto de categorías que patologizan diversas condiciones consideradas femeninas, como de fármacos y psicofármacos específicos para tratarlas. El estudio de Caponi permite ubicar a la medicina y a la psiquiatría como saberes y estrategias de gestión biopolítica de poblaciones, marca el vínculo histórico entre discurso psiquiátrico y patologización de la mujer, y expone que el marco epistemológico psiquiátrico tributa a líneas de demarcación entre mujer normal y desviada.

Siguiendo a Caponi, la legitimidad científica de los discursos sobre la anormalidad femenina, en sus distintas categorizaciones –degeneración, perversión, inferioridad mental–, carecían de valor epistemológico. Se caracterizaban por prejuicios, imposiciones morales y desprecio hacia las mujeres de la época, y se proponían naturalizar y biologizar las desigualdades sociales, presentando la subordinación de la mujer como hecho natural y científicamente establecido.

Otros artículos, previos o coetáneos al de Caponi, estudian mujeres en hospitales neuropsiquiátricos argentinos. Desde la historiografía social, Valeria Pita (2012) expone el origen y las transformaciones del Hospital de Mujeres Dementes de la ciudad de Buenos Aires, entre 1852 y 1890 (actualmente Hospital Moyano). Anahí Sy, Marcela Naszewski, Carla Pierri y Ana Laura Barrio (2020), estudiaron el Hospital Estévez de la provincia de Buenos Aires, entre 1895 y 1987, con foco en género e inmigración, analizando historias clínicas y cartas. Estos estudios coinciden en señalar la sexualidad como eje para identificar relaciones entre género, encierro manicomial, y procesos de diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico en salud mental.

La vigencia en Argentina de esta problemática histórica quedó plasmada en distintos informes del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). En 2007, registró diversas violaciones a los derechos humanos en instituciones psiquiátricas a más de veinticinco mil personas. También dio cuenta de abusos sexuales y físicos del personal y de externos, a mujeres internadas en el Hospital Moyano, y cronicidad en la internación de la mayoría de las mujeres (mil quinientas de un total de 1750), por ausencia de servicios de salud mental adecuados y alternativas de alojamiento. En el Hospital Estévez, documentó que un 30% de las mujeres tenía alta médica, pero no dónde externarse.

Documentos posteriores relacionaron mujeres y encierro manicomial (CELS 2017, 2018). Para el hospital Melchor Romero de la provincia de Buenos Aires, CELS (2015a, 2015b) subrayó las violencias cotidianas por razones vinculadas al género, en un contexto de graves violaciones a los derechos humanos de toda la población del hospital. Registró abandonos, violencias y opresiones, en las que el diagnóstico en salud mental y la administración de psicofármacos marcan una constante. Más recientemente, y para el mismo hospital, Camila Azzerboni y Noelia Espíndola (2019) publicaron resultados que analizaron las limitaciones a la toma de decisiones sobre el propio cuerpo de las mujeres internadas en este hospital, y las consecuentes restricciones para ejercer sus deseos y decisiones en relación a gestación, maternidad y vínculos sexo-afectivos. Por su parte, el estudio de Ana Valero y Silvia Faraone (2019), reflexiona acerca del carácter histórico y multidimensional de la violencia en torno a las problemáticas de género; con foco en el escenario específico de internación de mujeres en un hospital psiquiátrico provincial en Buenos Aires. Por último, un estudio sobre la provincia de Córdoba documentó múltiples violencias y discriminaciones en hospitales psiquiátricos por razones vinculadas al género, en contexto de graves vulneraciones a los derechos humanos de toda la población internada (Solana Yoma; Soledad Buhlman; Jacinta Burijovich, 2021).

Estos estudios son antecedentes relevantes, y marcan la persistencia de la problemática del encierro, la salud mental y el género, en articulación con diagnósticos y fármacos, derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos y el ejercicio de la maternidad de las mujeres.

Medicalización, biomedicalización, sociología del diagnóstico y farmacologización

La medicalización y biomedicalización ocupan un lugar destacado en el concierto de estudios sociales acerca de la salud y la salud mental (Bianchi, 2022). Con casi siete décadas de producciones, el concepto de medicalización abarca hoy un espacio complejo de inteligibilidad que contempla la definición, descripción, comprensión y tratamiento de un problema en términos médicos (Peter Conrad, 2007). En el siglo XXI surge la noción de biomedicalización, que incluye el análisis de modos de saber y verdad asociados al conocimiento científico-tecnológico (Adele Clarke y Jennifer Shim, 2011). Los conceptos de medicalización y biomedicalización coexisten en un mismo espacio y tiempo, sin sustituirse. Las temáticas que abordó y aborda la medicalización se reformulan en función de procesos de biomedicalización.

De cara a las transformaciones de la biomedicina y la psiquiatría biológica, en el siglo XXI se consolidaron dos desprendimientos analíticos vinculados a estos conceptos: la sociología del diagnóstico, y los estudios sociales del fármaco, que especifican los postulados surgidos en el siglo anterior (AnneMarie Jutel, 2015, Susan Bell; Anne Figert, 2015, Janis Jenkins, 2011).

Con respecto a enfoques de género, desde la medicalización y biomedicalización, la sociología del diagnóstico y los estudios sociales del fármaco se publicaron aportes que plantean la convergencia teórico–metodológica entre dichas perspectivas (Maribel Blázquez Rodríguez, 2021; Ellen Annandale, Anne Hammarström, 2015; Bell, Figert, 2010; Elianne Riska, 2010, 2003). Con esta clave de género, distintas publicaciones (Caponi, 2021, 2019a, 2019b; Nathan Greenslit, 2015; Miranda, 2019, SY, 2018; Fernández, 1994) analizan los modos diferenciales en los que los procesos de diagnóstico y de tratamiento psicofarmacológico se han expresado en mujeres y diversidades sexo–genéricas, históricamente y en la actualidad.

Según Nikolas Rose, existe una dinámica diferencial en la medicalización que surge del cruzamiento con otras categorías, como “edad, clase, raza, nacionalidad, sexo y más” (Rose, 2007: p. 700), y no incide de la misma manera ni con la misma intensidad en mujeres que en hombres, en ricos que, en pobres, en niñas que, en población adulta, ni es invariable geográficamente, en las diferentes regiones y países del mundo. Así, la singularidad y el dinamismo de los procesos de medicalización se relacionan con que éstos no son monolíticos ni unidireccionales, sino heterogéneos, problemáticos y paradójicos por sus simultáneas tensiones en torno a la exclusión, inclusión, participación y resistencias. Adele Clarke, Laura Mamo, Jennifer Fosket, Jennifer Fishman y Janet Shim (2010) retoman a John Ehrenreich, quien ya en 1978 habló de la tendencia dual de la medicalización, ubicando una tendencia cooptativa, asociada a la ampliación jurisdiccional de la medicina moderna y su expansión hacia áreas de la vida previamente no consideradas médicas, y otra de disciplinamiento excluyente o elitista, como tendencia simultánea, consistente en acciones de la medicina que erigen barreras para acceder a las instituciones y recursos médicos orientados a individuos y subpoblaciones.

La medicalización y la biomedicalización también son estratificadas. En la biomedicalización, las tendencias cooptativas y excluyentes persisten y se complejizan crecientemente, y se producen nuevos modos de estratificación. Con la extensión de intervenciones tecnocientíficas, cada vez más procesos prescindían completamente de ciertos segmentos poblacionales, y en otros impacta de modo desigual. Entonces, mientras avanza la medicalización excesiva de las intervenciones biomédicas en algunas vidas, a otras les faltan cuidados y atención básicos.

En relación a los estudios de género y la medicalización, Riska destaca que entre mediados de la década de 1970 y mediados de la década de 1980, la medicalización se posicionaba con neutralidad respecto al género. Sin embargo, los estudios estaban generizados, pues mayormente se referían a varones (Riska, 2003, 2010). La inclusión más decidida de la categoría de género en los análisis de la medicalización y biomedicalización permitió dar cuenta de modos diferenciales en los que se enlazan fármacos, enfermedades o trastornos, e identidades, y cómo operan en diferentes segmentos de población, en función de construcciones binarias de sexo femenino y masculino, o de identidades sexuales.

Este enlace entre medicalización, biomedicalización y género se prolonga a estudios empíricos desde la sociología del diagnóstico. Así, los diagnósticos de disfunción sexual femenina (Fishman, 2004), síndrome premenstrual (Greenslit, 2015), o riesgo de cáncer de mama (Jennifer Fosket, 2010), psicosis (Caponi, 2019a) entre otros, se analizaron en relación a construcciones de género específicas, que activan procesos de medicalización, biomedicalización y farmacologización particulares.

Existe entonces una plataforma epistemológica común entre estas perspectivas, que abogan por análisis multidimensionales, estratificados, complejos, no reduccionistas, y la noción de interseccionalidad situada, o en situación. Maite Climent Clemente (2018) retoma a Carmen Romero y Marisela Montenegro, quienes atentas a las críticas al concepto, proponen concebir la interseccionalidad como situación. Con este enfoque plantean que las múltiples formas de opresión, privilegios y vulnerabilidades entrecruzadas

se caracterizan por la contingencia de sus interacciones entre sí y con su contexto concreto, de manera que determinadas prácticas de dominación emergen y/o se reactualizan en ciertos contextos, y no en otros. Avtar Brah (2011) caracteriza la interseccionalidad como una sistematicidad de las contingencias, que operan en categorías relacionales como relación social, experiencia, subjetividad e identidad, todas situadas diferencialmente en campos multiaxiales de las relaciones de poder. En sus palabras, “las similitudes y diferencias a lo largo de los distintos ejes de diferenciación –clase, racismo, género, sexualidad y demás– se articulan y desarticulan (...), marcando a la vez que son marcadas por la compleja red de poder” (Brah, 2011: p. 241).

Volviendo a Climent Clemente (2018), la contingencia remite a la posibilidad de que se produzca un efecto, a la vez que determinadas situaciones tienden a repetirse históricamente como espacios de privilegio o subordinación. La contingencia descarta el determinismo porque ciertas posiciones se tornan potencialmente transformables. Por su parte, la sistematicidad alude a la probabilidad de ocurrencia de ciertas vulnerabilidades vinculadas a determinados cuerpos que encarnan posiciones interseccionales determinadas. La interseccionalidad situada también admite la emergencia de nuevas vulnerabilidades no descritas previamente, y siguiendo a Judith Butler (1997) asume la identidad como un ente fluido, no lineal, dinámico y plural.

Metodología

La interseccionalidad situada como perspectiva teórico–metodológica orientada a dar cuenta de la imbricación y cruzamiento de las relaciones de poder (Mara Viveros, 2021), se prolonga en el diseño seguido para la investigación. La misma fue de tipo cualitativa (Ulrich Flick, 2015; Ana Lía Kornblit, 2007; Miguel Valles, 2000), con un diseño flexible e interactivo (Nora Mendizábal, 2006) que permitió realizar modificaciones durante la selección, recolección y análisis de los datos, a tono con las dinámicas y procesos en la realidad del campo, ya que estos se manifestaron de modos complejos, multidimensionados, interseccionales, y evidenciaron numerosos matices y formas de expresión.

La estrategia de campo combinó el uso de fuentes primarias y secundarias, y para su procesamiento se triangularon técnicas y hallazgos, a tono con la complejidad de la problemática abordada. Las fuentes primarias consisten en información brindada en entrevistas por quince mujeres CIS usuarias del Hospital (trece internadas en salas de Rehabilitación y Agudos, y dos externadas), y diecisiete profesionales de diversos campos disciplinares (trabajo social, acompañamiento terapéutico, enfermería, abogacía, psiquiatría y psicología), con funciones en diferentes servicios. La muestra de personas entrevistadas siguió un formato no probabilístico intencional (Valles, 2000) y postulados del muestreo teórico. De acuerdo a estos principios, el tamaño de la muestra respondió las conceptualizaciones de saturación teórica en investigación cualitativa (Daniel Jones, Hernán Manzelli y Mario Pecheny, 2007; Alberto Marradi, Nérida Archenti, Juan Piovani, 2007), definido como el momento en el que cada nueva entrevista solo trae datos y hallazgos descubiertos previamente.

La muestra de mujeres fue confeccionada por referentes de los profesionales tratantes, según tres criterios: i. deseo y voluntad de ser entrevistadas para la investigación; ii. referencia personal a tener hijos, consten o no en sus historias clínicas, y se encuentren o no, en contacto con ellos; iii. valoración de los equipos tratantes de que la entrevista y temas a abordar, no generarían malestar psíquico, crisis o irrupción de angustia. Para realizar las entrevistas se consideró el momento vital de cada mujer, procurando no interrumpir actividades planificadas, y realizándolas durante la jornada de los profesionales, de modo de atender eventuales efectos.

Las dos mujeres externadas se incluyeron porque podían brindar una voz particular entre el adentro de la institución y el afuera, pudiendo ofrecer un testimonio de sus experiencias en el encierro, desde un presente de vida en comunidad. La franja etaria de las mujeres entrevistadas es de veintisiete a setenta años. El promedio de internación de las nueve mujeres en Servicios de Rehabilitación es 27,5 años, y el promedio de internación de las cinco mujeres en Agudos es 2,6 meses.

El formato de entrevista fue semidirigido (Marradi; Archenti; Piovani, 2007). Esta modalidad habilitó la introducción de núcleos temáticos y no preguntas directas, lo que permitió advertir eventuales incomodidades o desconfianzas, por razones vinculadas a vergüenza, pudor, o ausencia de vínculo previo con la entrevistadora. Aunque no ocurrió en ningún caso, apuntó a anticipar contenidos o ideas de muerte que justificasen la interrupción de la entrevista.

Los núcleos temáticos fueron: i. motivos de internación, diagnósticos y medicación de las mujeres internadas; ii. variabilidad de diagnósticos y esquemas de medicación a lo largo del tiempo en internaciones prolongadas (cinco años o más); iii. Prácticas institucionales fundadas en motivos de internación y los diagnósticos, y su relación con estereotipos asignados al género.

Las entrevistas fueron presenciales, se realizaron entre noviembre de 2021 y abril de 2022.

Las mujeres internadas fueron entrevistadas en comedores y/o patios de sus salas y en un club vinculado al hospital; y las mujeres externadas, en un centro de salud mental comunitaria y en una plaza cercana a la actual vivienda de la mujer. Todas contaron con consentimiento informado, que incluyó la posibilidad de que las mujeres tuvieran un referente personal en calidad de sistema de apoyo. Los textuales de las entrevistas tienen nombres de fantasía a fin de preservar sus identidades, y a la vez dar voz y visibilidad a sus historias de vida y relatos. Fueron previstos tanto riesgos como beneficios para las mujeres entrevistadas.

La muestra de profesionales fue construida según los siguientes criterios: i. disponibilidad y voluntad para participar de la investigación; ii. representatividad disciplinar; iii. pertenencia a servicios en los que se alojan las mujeres entrevistadas, para dar adecuado seguimiento a posibles efectos generados en ellas. La confección de la muestra empleó la técnica de bola de nieve, en cadena o por redes (Marradi, Archenti, Piovani, 2007; Valles, 2000). Se usan nombres de fantasía, y algunas identidades de género se modificaron para mantener el anonimato.

Las entrevistas a profesionales se desarrollaron entre diciembre de 2021 y junio de 2022 bajo modalidad mixta de presencialidad (en el hospital) y medios virtuales (plataforma Zoom o Google Meet). Fueron de tipo semidirigida o semiestructurada y se guiaron por los siguientes núcleos temáticos: i. prácticas en salud sexual y reproductiva; ii. estereotipos de género en mujeres con padecimientos mentales; iii. relaciones entre motivos de internación, medicación psicofarmacológica, diagnósticos y estereotipos de género; iv. sexualidad de las mujeres y sus formas de manifestación; v. maternidades de las mujeres internadas. Se grabaron en formato audio y contaron con el consentimiento informado. Fueron previstos tanto riesgos como beneficios para los profesionales. El documento de consentimiento informado fue redactado considerando lineamientos internos del hospital, y aprobado por el Gobierno de la provincia de Buenos Aires, a través de la Dirección Asociada de Salud Mental.

Se comparte con Sy (2020) que las historias clínicas son documentos susceptibles de revelar prácticas sociales, ideologías y funcionamientos institucionales del manicomio. Por ello, junto con las entrevistas, se analizaron diez historias clínicas ubicadas en los servicios y salas donde se encuentran internadas las mujeres. De existir otros registros y documentación en otras áreas del hospital, no se tomó conocimiento. Los datos relevados de las historias clínicas fueron: motivo y años de internación, registros de diagnósticos o sintomatología, registros y evoluciones sobre la medicación, y existencia de consentimiento informado para internaciones.

El procesamiento del corpus de fuentes implicó una labor de recolección, organización, codificación y análisis, en función de las dimensiones relevantes, tanto planificadas, como emergentes. Se utilizaron técnicas de registro, grillado, filtro y sistematización de datos. En base a criterios y herramientas de búsqueda y procesamiento diseñados y utilizados para la investigación, se elaboró una matriz de datos, y se categorizaron aspectos para contrastar los diferentes materiales. En cuanto a los aspectos cuantitativos del diseño, se restringieron al empleo de la estadística descriptiva. El objetivo fue incorporar una lectura que contribuyera al agrupamiento conceptual de los resultados de las entrevistas, y reflejara la complejidad de los hallazgos obtenidos, siempre bajo la premisa de lograr una mayor comprensión de

los mismos, y no para realizar inferencias ni generalizaciones. Se efectuaron estimaciones de regularidad de tópicos emergentes y procesamientos parciales de información, sin inclusión de mediciones ni cálculos con los resultados de los datos. El análisis fue ilustrativo y no exhaustivo.

Discusión y resultados

En esta sección se analizan el conocimiento de las mujeres sobre los motivos de sus internaciones, las respuestas brindadas acerca de la medicación psicofarmacológica prescrita, los diagnósticos en las historias clínicas, y los motivos de internación, tanto según las mujeres como desde los profesionales, y de acuerdo a lo consignado en las historias clínicas.

Conocimiento de las mujeres sobre los motivos de sus internaciones

A fines analíticos, las respuestas a este respecto se agrupan de acuerdo a si están asociadas a malestar o sufrimiento psíquico, a exclusión social, o a transinstitucionalizaciones.

Entre las causas asociadas al malestar, y tanto entre mujeres cursando internaciones voluntarias como involuntarias, la referencia es fundamentalmente al sufrimiento psíquico, y se destacan depresiones, intentos de suicidio, demencia, o referencias coloquiales como “estar mal de los nervios”. Algunos fragmentos reflejan la identificación de estos padecimientos:

Cristina, 56. Fue una internación voluntaria, yo estaba muy deprimida, sin trabajo, llena de deudas. No me hablo con una hija que es víctima de violencia de género, denuncié al tipo y no me habló más. Mi hija mayor es adicta. Todo eso se me detonó, me tomé unas cuantas pastillas, pero no me quería morir, solo toqué fondo (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Marcela, 64. Andaba mal de los nervios, con demencia, me sentía muy mal y me trajeron, yo no quería (Entrevista realizada el 30/11/2021).

Gladys, 49. Me internaron siempre por depresiones. Ahora tengo un diagnóstico de trastorno bipolar. Cuando tuve a JC me deprimí, no le podía dar la teta. Con A me dio depresión, pero me ayudaron más (Entrevista realizada el 18/4/2022).

Jacinta, 34. Porque me quise suicidar. Desde niña me cortaba, yo le digo a mi psiquiatra que no quiero vivir, yo quiero morirme, pero me dicen que eso no es algo que yo pueda decidir (Entrevista realizada el 20/12/2021).

Estos extractos expresan cuestiones planteadas en distintos estudios socio-antropológicos. Desde la sociología del diagnóstico, Jutel (2011) considera al diagnóstico como herramienta clasificatoria que guía la atención: organiza el cuadro clínico, ofrece un marco explicativo, identifica opciones terapéuticas, y a veces aspira a predecir resultados futuros. También determina la intervención, y enmarca para la formación profesional, su distinción respecto de los legos, y de las profesiones entre sí. De igual forma define responsabilidades y competencias profesionales. Sin desatender estas dimensiones, P.J. Mc Gann (2011) subraya acertadamente que los diagnósticos también son parte de cómo le damos sentido a nosotros mismos, a los otros y al mundo. Por eso, como concluye Svend Brinkmann (2016) desde la antropología, la terminología psiquiátrica se expandió a la cultura popular, e incluso, y nuevamente según Mc Gann, existen diagnósticos tan ampliamente incorporados al lenguaje y los sentidos sociales que han pasado de ser sustantivos a adjetivos, y eso da la pauta de su carácter performativo.

Las razones de internación asociadas a contextos de exclusión social también involucran diferentes situaciones, entre ellas problemas habitacionales y de vivienda, contextos de pobreza, ausencia de red familiar, apoyo y/o cuidados, y situaciones de calle. Estos motivos no se presentan de modo puro en la empiria, por lo que admiten analizarse de modo interseccional situado, contemplando la existencia de privilegios y vulnerabilidades que se activan en función del contexto y se reactualizan en forma específica en cada persona (Climent Clemente, 2018).

Así, cuando una mujer refiere problemas habitacionales, esto de priva de un modo particular en ella, por ser quien posee una discapacidad dentro del núcleo familiar y, posiblemente, no cumpla con los roles de cuidado esperables, de acuerdo a ciertas hegemonías de género. Otra situación que ejemplifica estas conceptualizaciones es la yuxtaposición de la discapacidad y la situación de calle, ya que, si bien todas las personas viviendo en situación de calle están privadas del derecho a una vivienda digna, no todas son detenidas por las Fuerzas de Seguridad y trasladadas a instituciones psiquiátricas. Por ello, la participación policial es un emergente: todas las mujeres que refirieron estar en situación de calle, mencionaron la intervención policial.

Algunos extractos expresan el entramado de opresiones y vulnerabilidades.

Dalia, 69. Me trajeron porque la casa era chica, ya tenía dos nenes y vivíamos con mis suegros, mi marido me dijo "Vos no entrás" [no cabés], y me trajeron para acá. Yo estuve de acuerdo (Entrevista realizada el 30/11/2021).

Raquel, 67. Mis papás se murieron. Primero se murió mi mamá, y mi papá me echó. Me quería, pero no podía estar ahí y vine para acá, nadie me podía cuidar (Entrevista realizada el 30/11/2021).

Anabel, 40. Estaba en la calle, estaba pidiendo trabajo, me levantó una patrulla y me trajo para acá. Soy de [nombre del municipio] (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Noemí, 27. Nunca supe por qué me trajeron para acá. Yo vivía en un hogar, me escapé con mi hijo porque no aguantaba más vivir ahí, a mi nene lo llevaron a la Casa Cuna y a mí me llevaron [al hospital] (Entrevista realizada el 6/1/2022).

Las causas vinculadas a transinstitucionalizaciones abarcan casos de mujeres derivadas de otros hospitales subzonales, interzonales o de Agudos. No se obtuvo información acerca de razones de estas derivaciones. En ambos casos, las mujeres no requerían internación de acuerdo a los criterios establecidos por ley, pero según consta en sus historias clínicas, fueron internadas porque no contaban con otros dispositivos y/o ámbito familiar de referencia. Este hallazgo coincide con los resultados de la investigación de Azzarboni y Espíndola (2019), quienes plantean, para el estudio del Hospital Melchor Romero, que la mayoría de las mujeres internadas pasaron parte de su vida internadas allí o en instituciones como hogares de menores, o en situación de calle.

La Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (Argentina, 2010), en su capítulo VII, considera a las internaciones como recurso terapéutico de carácter restrictivo, que solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones y, por ello, debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. A su vez, regula las internaciones involuntarias y las considera un recurso terapéutico excepcional que solo podrá realizarse cuando, a criterio del equipo de salud, mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. De acuerdo a esos estándares legales, las internaciones cursadas por falta de otros dispositivos o por no contar con referentes familiares, no cumplen con los criterios de legalidad que establece la norma, en particular cuando ordena que, en ningún caso, la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer recursos adecuados con organismos públicos competentes.

A pesar de responder a razones contrarias a la ley, la interpretación de los profesionales para determinar la internación de las dos mujeres es variable. En las historias clínicas se consignó:

Estela, 67. Necesidad de internación: no. Permanece por falta de dispositivo (Registro en historia clínica 7/12/2021).

Ana, 66. Necesidad de internación: sí. No cuenta con ámbito familiar receptivo ni referente (Registro en historia clínica 21/12/21).

Una última cuestión se vincula al consentimiento informado brindado al momento de la internación. En sus historias clínicas no se hallaron registros escritos de consentimiento. Y más de la mitad de las mujeres entrevistadas no estuvieron de acuerdo con la internación. Entre otras cuestiones, señalan engaños, no haber sido escuchadas o haber tenido en cuenta su opinión, y exponen una ausencia total de información. Algunas citas que lo expresan son:

Noemí, 27. Nunca quise estar ahí, vivir en ese encierro, me quería morir. Me quería ir con mi hijo, por eso me escapé. Nadie me escuchó nunca hasta que llegó F (Entrevista realizada el 6/1/2022).

Anabel, 40. No estaba de acuerdo, les expliqué que me trajeron por error, yo estaba pidiendo trabajo. Me dijeron que lo mío ya se iba a arreglar, pero todavía estoy esperando. Les dije que no me quería quedar, pero mirá si me iban a escuchar (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Mabel, 49. No, yo no me quería quedar, pero nadie me quiso dar una mano. Me agarró una locura cuando vi que me quedaba acá, que me quise tirar abajo de un auto (Entrevista realizada el 14/12/2021).

Juana, 60. No, no sabía lo que era, nunca me explicaron (Entrevista realizada el 7/12/2021).

Aproximadamente un tercio de las mujeres entrevistadas señaló que estuvo de acuerdo con sus internaciones. El relato más contundente es el de Jacinta:

Jacinta, 34. Sí, yo misma lo pedí. Yo vivía en un Centro de Día, estaba bien. Se llevaron a mis hijos a vivir a [otro país]. No lo soporté, tomé ochenta pastillas. Después de eso yo misma pedí que me trajeran acá (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Por último, una entrevistada mencionó que la internación no le gustaba, pero no pudo referir acerca de su consentimiento.

Estos resultados permiten inteligir que las razones de las internaciones no pueden analizarse en forma aislada; antes bien, la yuxtaposición de motivos crea interseccionalidades con mayor presencia de unos factores por sobre otros, según cada mujer. Sin embargo, aún la contingencia individual arroja sistemáticas, y se ubican múltiples vulnerabilidades que encarnan posiciones interseccionales (Brah, 2011). Los motivos que interseccionan regularmente en las entrevistadas son, entre otros: sufrimiento psíquico (a través de diagnósticos expertos o legos), pobreza, situación de calle, desempleo, migración y ausencia de redes o referentes familiares.

Los datos también arrojan que mayoritariamente las mujeres pueden explicar las razones de su internación y otorgarles sentido, sea en acuerdo o desacuerdo. Por último, las entrevistas a profesionales documentaron causas de internación vinculadas a privaciones del medio social y/o familiar, aunque no enunciaron cuestionamientos, en una naturalización de esta situación.

La medicación psicofarmacológica para las mujeres

La conjunción entre el consumo de psicofármacos y su articulación con los diagnósticos en monovalentes de la provincia de Buenos Aires ya había sido detectada y publicada en un Informe de CELS, el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero y la Comisión Provincial por la Memoria (2017). En el mismo se consignan casos con polimedicación en altas dosis, ausencia de razonabilidad y fundamentación entre criterios diagnósticos y esquemas farmacológicos, mantenimientos de esquemas de medicación por períodos prolongados, entre otras situaciones que desvirtúan el uso de medicación en un tratamiento integral. Un informe previo de CELS (2015b) demostró cómo las falencias de las políticas para el abordaje de personas con discapacidad psicosocial extienden la precariedad en el goce de derechos, incluso, cuando han logrado salir de la institucionalización manicomial. También arrojó que las prestaciones contempladas por los sistemas previsionales (públicos, mixtos y privados) por motivos de discapacidad psicosocial, mantienen un enfoque reactivo, residual, fragmentado y medicalista, orientado a la internación en crisis y la provisión de psicofármacos.

La medicalización en el siglo XXI se desarrolla a expensas de la incorporación de nuevas categorías diagnósticas (Conrad, 2007; 2013; Jutel, 2011), y la biomedicalización se enfoca en la relevancia de la industria farmacéutica transnacional (Clarke *et al.*, 2010; Bell; Figert, 2015). También implica el incremento, en la población general, de la prescripción y consumo de psicofármacos (Graciela Natella, 2008; John Abraham, 2010; Jenkins, 2011). En contexto de encierro psiquiátrico, la prescripción adquiere un sentido particular, trabajado desde el concepto de medicamentación para designar

una predisposición hacia la asistencia que, en el marco de la medicalización de la sociedad, se constituye como una acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma y que se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico y mediado por la utilización del fármaco (Bianchi; Faraone, 2018, p. 75).

En esta línea, Natella destaca el manicomio como paradigma de medicalización y productor de prácticas medicalizantes, o medicamentación, toda vez que extralimita su función de aliviar el sufrimiento mental para apropiarse de la totalidad de la vida de la persona sometida a la intervención sanitaria, invalidando otras intervenciones y otros actores para su resolución.

En Argentina, en 2021, la suma de recursos destinados a salud mental representó solo el 1,47% del gasto total de salud, menos del 10% dispuesto en la Ley Nacional de Salud Mental.

Además, gran parte del escaso porcentaje se destinó a financiar instituciones psiquiátricas, en detrimento de propuestas de índole comunitaria y extramuros. Se documentaron elevados niveles de subejecución en actividades clave para avanzar en procesos de desinstitucionalización, y las personas beneficiarias de los programas de externación en hospitales monovalentes constituyen un porcentaje ínfimo en relación al total de personas internadas (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, 2021).

Volviendo al hospital, la dinámica entre las formas de opresión generadas por prescripción de psicofármacos, los diagnósticos, y los efectos en las mujeres con sufrimiento mental admite un análisis interseccional situado (Brah, 2011), para el que se indagó sobre la medicación psicofarmacológica recibida y la variación –si es que existía alguna– a través de los años.

En primer lugar, once de las quince mujeres manifestaron algún tipo de conocimiento sobre la medicación; el resto no sabe qué toma o no brindó ninguna respuesta. Entre las mujeres con conocimiento sobre la medicación recibida, los datos arrojan que ese conocimiento se expresa de diferentes maneras. Dos mujeres pudieron dar cuenta del principio activo que tomaban en ese momento; mencionaron lorazepam, fluoxetina, olanzapina. El primero está clasificado como benzodiazepina, y es empleado como ansiolítico, amnésico, sedante e hipnótico, anticonvulsivo y relajante muscular. La segunda está clasificada como antidepressivo, también indicado para el trastorno obsesivo–compulsivo, algunos trastornos alimenticios, y ataques de pánico. La tercera está clasificada como antipsicótico atípico, indicado para el tratamiento de la esquizofrenia, episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar, episodios agudos de manía y tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar.

Cuatro mujeres respondieron de acuerdo al efecto terapéutico del principio activo.

Hablaron de “calmantes”, “pastillas para dormir”, o “para estar más tranquila”. Cinco mujeres se refirieron a los fármacos prescriptos según la cantidad de pastillas que ingieren y la distribución a lo largo del día, indicando “cuatro a la mañana, una a la tarde, cuatro a la noche”.

Respecto de la variabilidad de los esquemas de medicación recibidos, siete mujeres respondieron que no sabían. Dos refirieron no haber tenido cambios desde hace muchos años, dos comentaron que tuvieron cambios para revertir efectos adversos. Dina expresa al respecto:

Dina 36. No quiero tomar pastillas. No quiero tomar para vivir. Quiero vivir un poco más de mi vida sin tener que estar tan dopada (...). Me la fueron cambiando. Ahora me la dan [solo] en la tarde porque me chorreaba la baba (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Sobre su acuerdo con la medicación recibida, cinco dijeron estar de acuerdo, situando razones vinculadas a sentirse mejor, a no sufrir dolores físicos, sea de piernas o estómago. Tres mujeres no respondi-

ron a la pregunta. Y dos dijeron no estar de acuerdo con la medicación porque les ocasiona problemas que antes no tenían: temblores, olvidos, dolores físicos, malestares gastrointestinales, e incluso sentirse “muy dopada”.

La medicación psicofarmacológica para los profesionales

A este respecto, se distinguen dos tipos de respuestas en similar proporción. Un grupo señala que en los últimos dos o tres años, la medicación indicada a las mujeres comenzó a revisarse, y que uno de los motivos fue la creación, en 2017, de un Comité sobre Uso de Psicofármacos en los Abordajes Terapéuticos Interdisciplinarios (Cupati). Ese Comité generó que los equipos estén más atentos y que puedan compartir dudas o situaciones que requieren ser revisadas pero que antes estaban naturalizadas. Así lo expresan:

Mónica, acompañante terapéutica. Algo se empezó a mover desde la creación del Cupati. Cuando empiezan a reducirles la medicación es algo fuertísimo, en tres meses empiezan a verse los cambios, tienen mayor autonomía, me llaman por mi nombre, hay una señora que, de estar en un rincón babeando, ahora va y viene con la silla de ruedas. Ver esos resultados es emocionante, antes a las dos y media de la tarde ya estaban todas durmiendo, se babeaban, no podían cerrar la boca; todo eso no era por el diagnóstico, era por la medicación. Eso tiene más posibilidades de cambio, ahora nadie podría hacerse el desentendido, sabemos que son cosas que no pueden pasar (Entrevista realizada el 17/3/2022).

El otro grupo reflejó que los esquemas de medicación rara vez se revisan, que en el caso en que esto ocurre no es parte integral de una práctica de los equipos, sino que se trata de situaciones excepcionales. Y que cuando se revisa algún caso es por la aparición de algún síntoma negativo para la persona. Lo expresan de la siguiente manera:

Florencia, psicóloga. Están con los esquemas en modo automático hace años. A veces se revisa algo, cuando el equipo observa algo, y le lleva la duda al psiquiatra. Pero no hay muchos perfiles de la disciplina psiquiátrica, es difícil.

Mariana, acompañante terapéutica. Salvo algunos casos puntuales, los esquemas no se revén. O se revisan cosas mínimas. La medicación más dura se mantiene casi intacta (Entrevista realizada el 29/3/2022).

Esta polarización de las respuestas puede articularse con factores múltiples. Por un lado, el Cupati tuvo como finalidad interpelar un aspecto instituido en el hospital: la prescripción generalizada de medicación psicofarmacológica. La disposición administrativa de creación de este dispositivo, le confiere funciones de elaboración de lineamientos técnico/institucionales para definir el uso de la medicación desde un abordaje interdisciplinario; de análisis de planes de medicación y de realización de actividades de incidencia y promoción para que los equipos tratantes revean periódicamente el ajuste de los esquemas terapéuticos asignados a cada usuario según sus necesidades y estándares legales vigentes; conformación de un espacio de debate multisectorial y permanente que problematice los usos de la medicación en contextos manicomiales; generación de instancias de capacitación para trabajadores del Hospital, y cumplimiento de tareas de consultoría para casos específicos.

Sin embargo, el funcionamiento de este Comité no logró sostener la frecuencia planteada para realizar reuniones, y tampoco alcanzó los objetivos previstos en su creación.

Otra razón para estas respuestas antagónicas se asocia a la mixtura y heterogeneidad identificada durante la investigación, en cuanto a formación, posicionamiento ético-político, disponibilidad para modificar prácticas acordes a mandatos legales vigentes y recursos humanos disponibles, y a las complejidades que plantean los casos. En esa mixtura, los cambios en el suministro de medicación psicofarmacológica, se producen aún, en forma aleatoria. A su vez, no surge que la medicación sea una práctica para intervenir desde la interdisciplina, sino que se mantiene como competencia exclusiva del campo de la psiquiatría.

Diagnósticos y sus modificaciones en las historias clínicas

Además de la importancia que deriva de la definición de una clasificación diagnóstica en un servicio médico o psiquiátrico, Rose (2020) alerta acerca de otro componente que se pone en juego al diagnosticar: las ideas sobre la normalidad y la patología que tienen las personas que reciben un diagnóstico, sus familias, vecinos, empleadores, entre otros actores sociales a los que se pueden sumar docentes, medios de comunicación y fuerzas policiales.

Rose hace notar que estas ideas varían ampliamente en cada país y entre países, no solo como consecuencia de la diversidad de sistemas de atención en salud mental, y la diferente disponibilidad de profesionales debidamente formados, sino también por factores como la edad, la etnicidad y la clase social, a los que, en línea con una perspectiva interseccional, puede sumarse al género. Por último, menciona las creencias sociales y culturales imperantes sobre la naturaleza de la condición y la eficacia de las diversas formas de intervención. Sin embargo, la psiquiatría y los sistemas de clasificación psiquiátrica tienen un lugar específico en la comprensión y configuración de la propia normalidad, por la autoridad que ejercen como saberes, por la capacidad de establecer o retirar un diagnóstico o indicar una terapéutica, y lo que estos implican en términos de gestiones adentro y afuera de las instituciones médicas.

Con relación a los diagnósticos consignados por los profesionales tratantes, del análisis de las historias clínicas emerge la utilización de diversas formas clínicas y diagnósticas para explicar los cuadros de las mujeres: una con retraso mental leve; otra con el mismo diagnóstico, luego modificado a retraso mental moderado; una con diagnóstico de aislamiento; y una con trastorno de personalidad emocionalmente inestable. En tres casos no constan diagnósticos, sino descripciones de conductas y/o comportamientos: conducta desorganizada, vestimenta harapienta, consumo de sustancias psicoactivas, prostitución. Dos mujeres tienen diagnóstico de esquizofrenia residual, y otras dos, de esquizofrenia paranoide. Cuatro mujeres no registran diagnósticos. En ningún caso estos diagnósticos fueron revisados, según consta, y considerando que, en algunos casos, las mujeres han estado más de cuarenta años en contexto de internación psiquiátrica.

La primera cuestión acerca de estos resultados es su congruencia con estudios que han documentado la superposición y ausencia de unificación clasificatoria en los registros de problemáticas de salud mental en Argentina (Flavia Torricelli; Alejandra Barcala, 2004).

Las nociones consignadas en las historias clínicas expresan cuestiones de distinto tipo: signos, síntomas, síndromes, conductas, descripciones físicas, hábitos, gustos, y modalidades de comportamiento, descritos en forma laxa y aislada del contexto social e histórico de cada mujer. También se advierte el empleo de categorías de diferentes manuales y corrientes de psiquiatría. Se documentó, incluso, la referencia al ejercicio de la prostitución, en la sección de las historias clínicas donde se consignan las referencias diagnósticas.

La multiplicidad de nociones documentadas en secciones destinadas a consignar diagnósticos en las historias clínicas, además de corresponderse con diferentes criterios y ordenadores clínicos, también reflejan al interior de cada categoría lo que Caponi (2009) denomina fragilidad epistemológica, y vincula a la ambigüedad clasificatoria, la limitada capacidad predictiva y la correlación con factores no clínicos. Siguiendo estas reflexiones, casi cualquier condición considerada como observable, podría constituir sino un diagnóstico, una mención que defina, o al menos contribuya a establecer la salud mental de las mujeres.

Otro vector de análisis es la situación de dos mujeres con diagnóstico de discapacidad intelectual, en un caso el retraso mental leve; y la rectificación del subtipo leve al subtipo moderado, en otro. Surge aquí otro factor interseccional a considerar: la utilización de categorías clínicas que encubren privaciones del medio social, cultural y familiar. A los ya mencionados factores asociados a la pobreza, se añade este hallazgo, que podría considerarse una forma de patologización de ciertos entramados sociales desfavorables.

Diagnósticos y sus modificaciones según los profesionales

Por otra parte, las respuestas de los profesionales manifiestan dos conjuntos de opiniones diferentes, que se corresponden con dos tipos de servicios de internación. Algunos profesionales del Servicio de Sub Agudos informan que la revisión de diagnósticos es una práctica permanente, y que para ello se utilizan dispositivos específicos, como ateneos de casos. Otro grupo de profesionales, que se desempeña en los Servicios de Rehabilitación es tajante en afirmar, que la revisión de diagnósticos no constituye una práctica dentro de los equipos y que cuando hay alguna reflexión al respecto, está íntimamente relacionada con no poder aumentar más las dosis de la medicación. Esta dinámica es problematizada por Peter Götzsche (2022) quien señala la relación de mutua determinación que existe entre el diagnóstico y la medicación psicofarmacológica suministrada: si los síntomas no ceden, se aumenta al máximo la dosis de la medicación; pero si no se revierten, se modifica el diagnóstico, aun desconociendo qué parte de esas nuevas conformaciones clínicas pueden ser resultante de la propia medicación.

En las citas a continuación, puede advertirse este mutuo determinismo:

Cecilia, trabajadora social. Todo el tiempo trabajamos con la revisión de los diagnósticos, se ponen en cuestión, hacemos presentación en ateneo como una forma de revisión. También faltan recursos para hacer estudios complementarios, para ver si no hay cuestiones solapadas (Entrevista realizada el 11/1/2022).

Florencia, psicóloga. Nunca se revisan los diagnósticos, se los piensa como cuadros irreversibles. ¿Qué puede haber de una esquizofrenia treinta años después de vivir en el manicomio? Lo que se ven son las secuelas del manicomio (Entrevista realizada el 29/3/2022).

Natalia, trabajadora social. Para empezar, hay diferentes criterios; tenés las categorías de los años '70, las que se usan en los certificados de discapacidad, las de los manuales de psiquiatría. Pero en Rehabilitación nunca vi un cambio. A veces se preguntan por los diagnósticos cuando están al máximo de la medicación y no se ven cambios (Entrevista realizada el 14/3/2022).

También se consultó a los profesionales respecto de la relación –si podían identificar alguna–, entre motivos de internación/externación de las mujeres y estereotipos de género vinculados a roles, conductas y comportamientos. Algunos pasajes de sus respuestas:

Sofía, trabajadora social. Siempre hay cuestiones mezcladas entre los ingresos y los estereotipos. Por ejemplo, recuerdo una entrevista en la que le hacían muchas preguntas sobre cómo cuida a los hijos, si los cuidaba bien. El marido diciendo que no cuidaba bien a los chicos. Por supuesto quedó internada. Es difícil escuchar una entrevista de mujeres donde no escuches si cuida a los hijos, si les da la teta, si limpia la casa. Y también vi situaciones donde el alta va de la mano de que la mujer pueda volver a hacer ese tipo de cosas. A los varones jamás se les pregunta eso. Recuerdo un caso de una chica con problemáticas de salud mental a consecuencia de los abusos del padre, situación que no se trabajaba porque no se la pudo escuchar desde esa perspectiva. Estuvo internada sesenta años y eso se descubrió hace poco. Las mujeres terminan peor, por las situaciones de roles asignados en el ámbito privado, más las situaciones de violencia, sumados al desamparo estatal, hace que el camino las lleve al hospital psiquiátrico (Entrevista realizada el 20/1/2022).

Patricia, acompañante terapéutica. La sobrecarga de labores sobre todo de cuidado, la exigencia de ser buena madre, atender las tareas del hogar y la confluencia de diferentes modos de desigualdad profundiza los motivos por los que las mujeres caen en la guardia (Entrevista realizada el 24/1/2022).

Esteban, psiquiatra. Es bastante común que aparezca en forma de reproche por parte de la familia, tipo 'no la aguanto más'. Cuando te ponés a explorar por los tiempos previos, aparecen todas las tareas que dejó de hacer, dejó de cuidar a los hijos, no se ocupó más de la casa, dejó de trabajar. Pero también hay mucha pobreza, y si alguien tiene que cuidar a esa mujer que antes era quien cuidaba, o a los hijos, ese día no trabaja y no se come. La loca jode. Siempre hay una idea de que está simulando o exagerando. Hasta los profesionales de la salud piensan así, la pregunta típica es '¿estará queriendo manipular a alguien?', ¿habrá hecho esto para internarse?'. Aparecen cuestionamientos sobre lo genuino del sufrimiento mental y la crisis (Entrevista realizada el 3/6/2022).

Cecilia, trabajadora social. Se ve mucho en las mujeres con una patología y problemas de consumo. Tanto cuando ingresan como cuando vuelven, porque te piden que no la mandemos tan empastillada por-

que no puede cuidar al bebé, cuando son casos tan graves que no pueden estar sin medicación. Cuando llegan no tienen nada, tienen la trama toda rota. Es muy evidente eso de haber defraudado todo lo que se esperaba (Entrevista realizada el 11/1/2022).

Ramiro, acompañante terapéutico. Una señora que se estaba por externar, apareció la familia después de veinte años, para decir que tenía que volver a la casa a cuidar al marido que se había enfermado y a los nietos. Y usar la pensión. Eso se ve mucho (Entrevista realizada el 14/1/2022).

Natalia, trabajadora social. Siempre hay cuestiones vinculadas a los roles, la crianza, los afectos, el modo de gestión de todo eso. A la guardia llegó una señora con un intento de suicidio, y le preguntaron con mucha insistencia si estaba pudiendo ocuparse de los hijos, si podía maternar, cómo ejercía la maternidad, dónde estaba el niño, quién lo estaba cuidando, y cómo iba a volver a la casa. El mismo día entró un chico con un intento de suicidio, también tenía hijos, el episodio había sido con los chicos en la casa incluso, pero nunca se le preguntó por el rol paterno, si lo podía ejercer y cómo. Todo el mundo entendió que tenía compañera y que ella se iba a ocupar de los niños. A los varones no se les indaga nada sobre su cotidiano. A las mujeres se indaga muy en profundidad (Entrevista realizada el 14/3/2022).

Lucía, trabajadora social. Los roles maternos marcan el padecimiento. Y se genera una contradicción, “me interno para estar bien por mis hijos”, y “me tengo que ir porque tengo que ir a cuidar a mis hijos” (Entrevista realizada el 11/4/2022).

Excepto dos profesionales, todos identificaron factores interseccionales explícitos, mayormente relacionados con roles de cuidado de hijos. Este rol incide en la internación y la externación, pues en general, la existencia de hijos y el supuesto de haber fallado en el rol materno, es, según los profesionales, la razón para internarse, pero también para salir en el tiempo más corto posible y en condiciones de salud estables, para regresar al hogar y retomar los roles de cuidado. La maternidad como factor específico que incide en el circuito tanto de ingreso como de egreso de una internación psiquiátrica ha sido documentado también por Yoma, Buhlman y Burijovich (2021) quienes destacan tres aspectos relevantes. El primero es que la internación pone en evidencia el lugar de la mujer como cuidadora, y el segundo es que estas interseccionalidades mujer–usuario del hospital monovalente–madre, exponen la ausencia de políticas integrales e intersectoriales con perspectiva de género que contemplen estos entrecruzamientos. El tercero, también documentado en este artículo, es la pérdida de las tenencias y vínculos con los hijos.

El distanciamiento de roles de cuidado también se expresa como reproches de las familias, fundamentalmente cuando, a causa de una crisis, las mujeres no pueden sostener esa actividad. También se verifica que cuando su situación de salud mental mejora, las propias familias exigen que regresen a sus hogares para retomar esas tareas. Esta exigencia se produce, incluso, después de largos períodos de internación, para que cuiden familiares, no solo hijos.

Entre los roles de cuidado también incluyen cuidado del hogar, actividades en la casa y tareas de limpieza. Algunas dimensiones del reproche familiar se asocian a que, durante las crisis en su salud mental, las mujeres abandonan empleos, profundizando situaciones económicas adversas.

Para Pilar Carrasquer Oto (2009), la mujer tiene una doble presencia, pues desarrolla no solo la jornada laboral, sino también multiplicidad de tareas hogareñas como trabajo no remunerado.

El hecho de que las mujeres sean las principales encargadas de las prácticas del cuidado y del trabajo doméstico no remunerado en su hogar resulta un condicionante para que realicen un trabajo remunerado fuera de él (Natalia Gherardi, Laura Pautassi; Carla Zibecchi, 2012), a lo que se suma que quedar a cargo de las personas del núcleo familiar necesitadas de cuidado, permite a otras integrantes desarrollar actividades extra hogareñas. Todo este entramado se resiente cuando la mujer queda internada en el hospital y mientras dure la internación.

Otro aspecto a resaltar es la credibilidad del sufrimiento mental. Rasgos como la exageración, la manipulación, y los intereses encubiertos, forman parte de supuestos de algunas familias e, incluso, de equipos profesionales. Eso lleva, principalmente a las familias, a desplegar actitudes de escasa tolerancia y no aceptación del padecimiento.

Miranda Fricker (2017) analizó las prácticas epistémicas desde una perspectiva de sujetos situados y acuñó el concepto injusticia epistémica, que desdobra en injusticia testimonial (que implica que las personas que escuchan las denuncias atribuyen menor nivel de veracidad por la identidad de quien la relata) e injusticia hermenéutica (porque no es posible hacer comprender conceptualmente a quien escucha la denuncia lo que se está denunciando). Yoma, Buhlman y Burijovich (2021) retoman esta noción para argumentar acerca del déficit de credibilidad que sufren las mujeres internadas en monovalentes en Córdoba que denuncian maltratos y vulneraciones de derechos, y documentan situaciones de precarización y cuestionamiento de las denuncias, que pueden homologarse a las registradas en el presente artículo.

Otros resultados de esta investigación se expresan en la guardia, en las entrevistas de admisión. Allí es frecuente la indagación acerca de sus hijos; con quién están en ese momento, al cuidado de quién; si son lo suficientemente cuidadas por ellas; si están escolarizadas; si les han aplicado el calendario de vacunación correspondiente a la edad, etc. En las entrevistas de admisión a los varones rara vez ésta constituye una dimensión a explorar, ya que se asume que, en la red familiar y social de ese varón, otras mujeres pueden efectuar los cuidados.

Conclusiones

Los ejes trabajados permiten arribar a las siguientes conclusiones. En primer lugar, existe una nítida relación entre motivos de internación de las mujeres entrevistadas y algunos roles, comportamientos y conductas atribuibles al género mujer, de acuerdo a ciertos entramados heterocispatriarcales. Entre ellos, el rol de cuidado, en particular, el rol materno y el reproche de no haber sido una “buena madre” que se expresa con mayor insistencia dentro de los motivos de internación. Se confirma así, la existencia de un estereotipo asociado a la obligatoriedad de toda mujer de maternar de acuerdo a ciertos criterios establecidos como valiosos, en una consideración natural y no cultural, social, familiar ni histórica de la maternidad.

Este corrimiento de lo esperable genera un reproche tanto en el ámbito familiar como en las propias mujeres, constituyendo una fuente de malestar y sufrimiento psíquico que, en algunos casos, determina la propia existencia y argumenta ideas suicidas. Surgen allí categorías como loca, drogadicta, prostituta que, entre otras respuestas, justifican el encierro institucional.

Una vez allí, las mujeres reciben diagnósticos que perduran sin modificación a lo largo de los años, e incluso de por vida. Los diagnósticos responden simultáneamente a diferentes criterios nosológicos, e incluso no dan cuenta exclusivamente de formas clínicas, sino de hábitos, modos de vivir o de vestir. Se revisan excepcionalmente, en particular, en el Servicio Sub Agudo, pero no es práctica en los Servicios de Rehabilitación o Larga Estancia. Esa revisión, se produce luego de que la mujer haya recibido las dosis más elevadas de psicofármacos, y no haya manifestado modificaciones esperables en su conducta. Se encontraron también diagnósticos leves vinculados a carencias del medio social, lo que podría constituir una respuesta patologizante de la pobreza y la exclusión social.

La relación entre diagnósticos y esquemas de medicación es estrecha y está sometida a mutuas determinaciones, pero en ningún caso se documentaron prácticas de revisión periódica de casos pese a la creación del Comité intersectorial específico. También se halló que la intervención predominante es la medicación, que implica un abordaje uniterapéutico y sustraído de toda la terapéutica integral o con perspectiva interdisciplinaria.

La ausencia de consentimiento informado se refleja en forma palmaria. En la revisión de historias clínicas rara vez se constató. En los casos en los que se encontró, el formulario utilizado fue tanto el vigente como el anterior, formalmente en desuso. Además, resultaba incompleto en sus diferentes secciones.

La desvalorización de la palabra de las mujeres adquiere diversos matices y llega incluso, al descreimiento del sufrimiento psíquico, bajo figuras como la exageración, la simulación, o un presumible interés adicional encubierto. Esta desvalorización se verifica tanto en las familias como en algunos equipos profesionales.

Por último, coincidimos con Yoma, Buhlman y Burijovich en que el manicomio magnifica las relaciones de poder, desiguales y asimétricas, y con este artículo, aspiramos a contribuir a la visibilización de las vulneraciones y violencias ejercidas sobre éstas y otras mujeres CIS internadas en hospitales monovalentes, que implican violaciones a sus derechos fundamentales.

BIANCHI, E. Y SABIN PAZ, M. (2023, abril). *Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico* [en línea]. Brasil: *Revista Estudos Feministas*. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193063>>.

Referencias bibliográficas

- ABRAHAM, J. (2010). *Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and Health Dimensions*. *Sociology*, 44 (4), 603–622.
- ANNANDALE, E.; HAMMARSTRÖM, A. (2015). *A New Biopolitics of Gender and Health? “Genderspecific Medicine” and Pharmaceuticalization in the Twenty–First Century*. En: Bell, Susan; Figert, Anne. *Reimagining (Bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements* (pp. 41–55). New York: Routledge.
- Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Ciudad de Buenos Aires: Honorable Congreso de la Nación Argentina.
- ASOCIACIÓN CIVIL POR LA IGUALDAD Y LA JUSTICIA (ACIJ) (2021). *Salud mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio*. ACIJ [en línea]. Consultado el 29 de enero de 2022 en <<https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/Informe-presupuesto-y-salud-mental-2021-pdf.pdf>>.
- AZZERBONI, C.; ESPÍNDOLA, N. (2019). *Patriarcado y encierro manicomial. La negación de la sexualidad y del derecho a materner de las “locas”*. En: Oliveira Pereira, Melissa; Gouveia Passos, Rachel (Orgs.). *Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências* (pp. 44–67). Río de Janeiro: Editora Autografia.
- BELL, S; FIGERT, A. (2010). *Gender and the Medicalization of Healthcare*. En: Ellen Kuhlmann y Ellen Annandale. *Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 107–122). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- BELL, S.; FIGERT, A. (2015). *Reimagining (Bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. New York: Routledge.
- BIANCHI, E. (2022). *La construcción social del conocimiento médico. Tecnologías, diagnósticos y fármacos*. En: Grau I. Muñoz, Arantxa; Faus Bertomeu, Aina. *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica* (pp. 123–160). Valencia: Tirant Lo Blanch Humanidades.
- BIANCHI, E; FARAONE, S. (2018). *Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales*. En: Faraone, Silvia, Bianchi, Eugenia. *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 61–92). Buenos Aires: Teseo.
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, M. (2021). *La biomedicalización de las vidas de las mujeres: una revisión de sus dimensiones desde las publicaciones en español*. *Revista Internacional de Sociología*, 79 (2), 2–13.
- BRAH, A. (2011). *Cartografías de la diáspora. Identidades en cuestión*. Madrid: Traficantes de sueños.
- BRINKMANN, S. (2016). *Diagnostic cultures. A cultural approach to the Pathologization of Modern Life*. London & New York: Routledge.
- BUTLER, J. (1997). *Mecanismos psíquicos de poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- CAPONI, S. (2009). *Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión*. *Revista Interface - Comunic.*, Saúde, Educ., 13 (29), 327–38.
- CAPONI, S. (2021). *Keep Her Calm. La gestión psicofarmacológica de la feminidad (1950-1960)*. En: Abreu, Claudio; Bernabé, Federico; Caponi, Sandra; Oliva, Alberto (Eds). *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica. Volumen II. Ciencia, género(s) y feminismo(s)* (pp. 215–237). Buenos Aires: Asociación de filosofía e historia de la ciencia del Cono Sur (AFHIC).
- CAPONI, S. (2019b). *Scientia Sexualis. El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría*. En: Miranda Marisa (comp.) *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp. 19–48). La Plata: Eulp, 2019b.

CAPONI, S. (2019a). *Uma Sala Tranquila. Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo: LiberArs.

CARRASQUER OTO, P. (2009). *La doble presencia. El trabajo y el empleo femenino en las sociedades contemporáneas* [Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2009/tdx-0406110-52629/pco1de1.pdf>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2015a). *Cruzar el muro*. [en línea]. <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/#prologo>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2017). *La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*. [en línea]. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-situacion-de-las-mujeres-en-el-hospital-psiquiatrico-dr-alejandro-kornmelchor-romero/>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2018). *Las mujeres en el hospital psiquiátrico*. [en línea]. <https://www.cels.org.ar/web/2018/03/las-mujeres-en-el-hospital-psiquiatrico>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2015b). *Un informe sobre derechos humanos y Salud Mental en Argentina*. [en línea]. <http://www.cels.org.ar/especiales/informe-anual-2015/wp-content/uploads/2015/05/12-El-desaf%C3%83%C2%ADo-de-implementar-la-Ley-Nacionalde-Salud-Mental.pdf>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. [en línea]. http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf.

CLARKE, A.; MAMO, L.; FOSKET, J.; FISHMAN, J.; SHIM, J. (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S.* Durham & London: Duke University Press.

CLARKE, A.; SHIM, J. (2011). *Medicalization and biomedicalization Revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine*. En: Pescosolido, Bernice; Martin, Jack; MC Leod, Jane. *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A Blueprint for the 21st Century* (pp. 173–195). New York: Springer.

CLIMENT CLEMENTE, M. (2018). *Interseccionalidad en Salud Mental*. En: Climent Clemente M^a Teresa Y Carmona Osorio Marta (Coords.) *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 249–271). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

CONRAD, P. (2013). *Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts*. En: Cockerham, William (Ed.), *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (pp. 195–214). New York, Springer.

CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

FEDERICI, S. (2011). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón.

FERNÁNDEZ, A. M. (1994). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

FISHMAN, J. (2004). *Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction*. *Social Studies of Science*, 34 (2), 187–218.

FLICK, U. (2015). *El diseño de la investigación cualitativa*. Madrid, Morata Ediciones.

FOSKET, J. (2010). *Breast Cancer Risk as disease. Biomedicalizing Risk*. En: Clarke, Adele; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer; Fishman, Jennifer; Shim, Janet (Eds.), *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* (pp. 331–352). Durham–London: Duke University Press.

- FRICKER, M. (2017). *Injusticia epistémica. Poder y la ética del conocimiento*. Buenos Aires: Herder.
- GHERARDI, N.; PAUTASSI, L.; ZIBECCHI, C. (2012) *De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado*. Buenos Aires: ELA.
- GØTZSCHE, P. (2022). *Critical psychiatry textbook*. Denmark: Institute for Scientific Freedom.
- GRAU I. MUÑOZ, A; FAUS BERTOMEU, A. (2022). *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica*. Valencia: Tirant Humanidades.
- GREENSLIT, N. (2015). *Depression and Consumption: Psychopharmaceuticals, Branding, and New Identity Practices*. En: Sismondo, Sergio y Greene, Jeremy. *The pharmaceutical studies reader* (pp. 70–86). West Sussex: Wiley Blackwell.
- HARAWAY, D. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women*. London: Routledge.
- HARDING, S. (1986). *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Morata.
- JENKINS, J. (2011). *Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the social field of Psychiatric Treatment*. En: Jenkins, Janis (Ed.) *Pharmaceutical Self. The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology* (pp. 17–40). Santa Fe: SAR Press.
- JONES, D.; MANZELLI, H.; PECHENY, M. (2007). *La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C*. En: Kornblit, Ana Lía (Coord.) *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis* (pp. 47–76). Buenos Aires: Biblos.
- JUTEL, A. M. (2015). *Beyond The Sociology of Diagnosis*. *Sociology Compass*, 9 (9), 841–852.
- JUTEL, A. M. (2011). *Putting a name to it. Diagnosis in Contemporary Society*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- KORNBLIT, A. L. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- LUPTON, D. (2012). *Medicine as culture: illness, disease and the body*. New York: Sage.
- MARRADI, A.; ARCHENTI, N.; PIOVANI, J. I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Planeta.
- MC GANN, P.J. (2011). *Troubling Diagnoses*. En: Mc Gann, P.J.; Hutson, David. *Sociology of Diagnosis* (pp. 331–362). United Kingdom: Emerald.
- MENDIZÁBAL, N. (2006) *Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa*. En: Vasilachis de Gialdino, Irene (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65–106). España: Gedisa Editorial.
- MIRANDA, M. (2011). *Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en Argentina*. Argentina: Biblos.
- MIRANDA, M. (2019). *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. La Plata: Edulp.
- NATELLA, G. (2008). *La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental*. En: Cannellotto, Adrián; Luchtenberg, Erwin (Coord.) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión* [en línea]. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf
- OAKLEY, A. (1993). *Essays on Women, Medicine and Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

- OAKLEY, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. New York–London: Routledge.
- PITA, V. (2012). *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres dementes*. Buenos Aires. 1852–1890. Rosario: Prohistoria.
- RISKA, E. (2010). *Gender and Medicalization and Biomedicalization Theories*. En: Clarke, Adele; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer; Fishman, Jennifer; Shim, Janet. *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S* (pp. 147–170). Durham y London: Duke University Press.
- RISKA, E. (2003). *Gendering the medicalization thesis*. *Gender Perspectives on Health and Medicine*, (7), 59–87.
- ROSE, N. (2007). *Beyond Medicalization*. *The Lancet*, 9562 (369), 700–702.
- ROSE, N. (2020). *Nuestro futuro psiquiátrico. Las políticas de la salud mental*. Madrid: Morata.
- SY, A. (2018). *Mujeres, migrantes y “locas”. Trayectorias de internación psiquiátrica entre 1895 y 1940 en Argentina*. *Trayectorias Humanas Trascontinentales* n° 3. Mujeres y confinamiento en instituciones totales [en línea]. <http://www.unilim.fr/trahs>.
- SY, A.; NASZEWSKI, M.; PIERRI, C.; BARRIO, A. L. (2020). *Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. Buenos Aires: Teseo.
- TORRICELLI, F.; BARCALA, A. (2004). *Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la ciudad de Buenos Aires*. *Vertex Revista de Psiquiatría y Neurociencias*, 15 (55), 10–22.
- VALERO, A. S.; FARAONE, S. (2019). *Las capas de la violencia: intersecciones entre salud mental y género en el camino hacia la internación. Experiencias de investigación etnográfica en provincia de Buenos Aires*. En: Miranda, Marisa. *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp. 183–208). La Plata: Edulp.
- VALLES, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, Síntesis.
- VIVEROS, M. (2021). *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*.
- Servicio Informativo Ecuménico y Popular [en línea]. <https://ecumenico.org/lainterseccionalidad-una-aproximacion-situada-a-la-dominacion-mara-viveros-2016>
- YOMA, S.; BUHLMAN, S.; BURIJOVICH, J. (2021). *Aún no estamos todas... a algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos*. En: Herrera, Marisa; Fernández, Silvia; de La Torre, Natalia (Dir.). *Políticas públicas y multidisciplinas. Tratado de géneros, derechos y justicia* (pp. 151–166). Buenos Aires: Rubinzal Culzoni.

La autora

Laura Sobredo

Médica especialista en psiquiatría en la Universidad de Buenos Aires. Fue docente del Departamento de Salud mental de la Facultad de medicina de la UBA y se desempeña como docente en la Diplomatura en Salud mental y Derechos Humanos de la Asociación civil Enclaves desde su creación. Trabajó en el Equipo de salud mental del CELS entre 2004 y 2013. Integró la Procuraduría del violencia institucional de la Procuración General de la Nación entre los años 2013 y 2017 y actualmente trabaja en la Dirección de víctimas de la misma institución. Durante los años 2020 y 2021 dirigió el Centro Ulloa de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

El acompañamiento a víctimas durante el proceso de justicia. Reflexiones desde la experiencia

Laura Sobredo

Quisiera comenzar intentando algunas precisiones sobre la tarea que realizamos ustedes y yo en las instituciones en las que trabajamos. Pensar cómo están definidas esas tareas, cuáles son las cuestiones de las que se ocupan estas instituciones y corresponden al ejercicio de nuestras profesiones.

En ambos casos, en el del Centro Ulloa quizás más claramente, pero también en el de la Procuraduría de Violencia Institucional (Procuvin), ha sido central la experiencia construida en el trabajo a lo largo del proceso de justicia con las víctimas de los crímenes de lesa humanidad cometidos en la última dictadura y la posibilidad de promover acciones desde el campo de la salud mental que resulten reparatorias para esas víctimas.

Este ha sido mi trabajo en el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) durante unos cuantos años, luego de la reapertura de los juicios, y hace dos años que estoy trabajando en la Procuraduría de Violencia Institucional, en la Procuración General de la Nación. Y ese recorrido desde los que a veces llamamos “juicios de lesa” hasta la intervención en hechos actuales de violencia institucional, me llevó a pensar algunas cosas que hoy quiero compartir, incluso a desandar algunas ideas iniciales que tuve cuando empecé a trabajar en la Procuraduría.

Volviendo al marco institucional en el que trabajamos, creo que es bueno puntualizar algunos detalles, unos más generales y otros más precisos que están en los textos que crean ambas instituciones. En ambos casos, el Ulloa y la Procuvin, trabajamos en instituciones del Estado nacional que se ocupan (en lo que nos atañe) de la sanción y la reparación de violaciones graves a los derechos humanos.

Sabemos que, si mencionamos violaciones de los derechos humanos, estamos hablando de delitos cometidos por agentes estatales (el perpetrador) y las personas con quienes trabajamos son las llamadas víctimas de esos delitos. En diferentes momentos hay diferentes nombres para los destinatarios de nuestra intervención: “víctimas de violaciones graves a los derechos humanos” en los juicios de lesa, “presuntas víctimas de tortura” en los procesos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Ahora hablamos de “víctimas de violencia institucional”. Hay un recorrido temporal y de desarrollos en las instituciones del Estado que se puede dar cuenta por estos nombres. Todos estos son nombres que nos llegan desde el lenguaje del derecho: perpetrador, víctima, delitos, pruebas, declaraciones testimoniales, derechos humanos. Y nuestras intervenciones suceden en diferentes momentos del proceso de justicia, escenario mucho más amplio que el del proceso judicial¹.

La resolución que crea el Centro Ulloa como una dirección de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación dice que se encuentra entre sus funciones (solo señalo aquí unos renglones) “acompañamiento a víctimas de violaciones a los derechos humanos, en el marco de procesos judiciales, tanto por delitos de lesa humanidad, como por violaciones de derechos humanos en contextos democráticos”.

1 El proceso de justicia no se limita al ejercicio de las funciones de uno de los poderes del Estado republicano, sino que incluye las luchas de la sociedad civil en la búsqueda de justicia y las intervenciones de organismos del derecho internacional de los derechos humanos.

Y también la resolución que crea la Procuraduría de Violencia Institucional menciona muchas funciones para el director de la Procuvin que, entre tantas otras tareas más clásicas de un fiscal, tiene que “promover la adopción de las medidas pertinentes para la asistencia y protección a víctimas y testigos de delitos constitutivos de violencia institucional”. Entonces, ese es el escenario institucional donde trabajamos.

Algunos integrantes del equipo de trabajo de la Procuvin venimos de trabajar en diferentes ámbitos institucionales en relación con el proceso de justicia por los crímenes de lesa humanidad cometidos en la última dictadura.

Unos como parte del Ministerio Público Fiscal o del Poder Judicial y otros en diferentes ámbitos de la sociedad civil. Estos juicios tienen un innegable valor en sí mismos en la concreción, desde las instituciones del Estado, del reclamo de justicia de las víctimas. La sociedad civil construyó esos juicios mucho antes de que sucedieran desde los años de dictadura. También esa búsqueda de justicia se fue entrelazando con los reclamos de hacer justicia hoy y de sostener la necesidad de modificar y permear el Poder Judicial con los avances que, en términos de desafíos técnicos y materiales, significaron estos juicios. Esta es una pretensión que sostenemos muchos: dejar el sistema cambiado luego de los juicios por los crímenes de dictadura y que las víctimas de violencia institucional puedan acceder efectivamente a la justicia. Algo que suena en el *Nunca Más*: nunca más tortura y nunca más impunidad por tantos años.

Este último sentido del “nunca más” aparece claramente en el lenguaje del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), cuando la Corte enuncia en sus sentencias las obligaciones estatales de prevenir, sancionar y reparar las graves violaciones a los derechos humanos. Y también dice la Corte que el Estado debe dar “garantías de no repetición”. Y después de esta expresión en general no dice nada. Si algo sabemos los psicoanalistas es que lo que sí está garantizado es la repetición y algo que no hay casi nunca es garantías... menos para la repetición. Sin embargo, el lenguaje del SIDH (que no nos es ajeno si hemos trabajado en el proceso de justicia por los crímenes de lesa²) propone dar garantías de no repetición. Que aquello que pasó no se repita. Nunca más.

Entre el acompañamiento a lo largo del proceso judicial de las víctimas de dictadura y la tarea con las víctimas de violencia institucional en democracia hay cuestiones que permanecen iguales: las obligaciones estatales son las mismas para las víctimas de antes y para las víctimas de ahora. La cercanía con el dolor de esas personas con las que trabajamos es la misma. Eso no cambia. La función del acompañamiento sigue siendo difícil y trabajosa de definir. A veces, nos parece que estamos muy cerca de las personas o casi demasiado para poder hacer nuestro trabajo de ese particular acompañamiento. A veces, nos parece que estamos muy lejos. Más de una vez, en la escena misma de la intervención (después vamos a hablar un poco de esto) no sabemos muy bien qué estamos haciendo. La mayoría de las veces, sabemos lo que estamos haciendo, pero nuestros interlocutores, los que nos convocan en general, no lo saben. Ese es otro desafío que siempre se hace presente: poder clarificar y transmitir con precisión cuál es nuestra tarea.

Nuestros interlocutores habituales (jueces, fiscales, defensores), con los que interactuamos cuando estas víctimas pasan por distintos momentos del proceso de justicia, no saben para qué estamos ahí. No saben muy bien. A veces no quieren que estemos, a veces quieren que estemos para que les arreglemos algunas cosas que no logran definir, a veces quieren que agarremos gente de la mano, que les demos pañuelos o agua si lloran, a veces quieren que protejamos a gente de que no le pase nada malo, a veces quieren que seamos sus analistas. Con esta última posibilidad, nosotros nos entusiasmos. Con las anteriores no, a las otras nos negamos, pero esa confusión entre el ámbito del tratamiento y del acompañamiento no hemos podido establecerla con claridad.

2 Recordar la visita de la Comisión Interamericana en 1979 y la intervención en el caso *Lapacó* (derecho a la verdad) en 1999.

Lo que quería decir es que quienes nos convocan muchas veces no saben a qué nos llaman o esperan cosas, digamos por ahora, medio raras. Y una vez cada tanto hay alguien que nos llama para nuestra función, la del acompañamiento, esto es, alguna intervención que luego intentaremos definir, particular, técnica y específica. Pero poder definir esta función y transmitirla es una tarea, creo yo, que los profesionales de la salud mental tenemos pendiente.

Hay un detalle de la experiencia cotidiana que quiero compartir: hay algunos días en los que trabajo con la sensación de que finalmente en una institución del Estado hay lugar para la tarea de un psiquiatra, psicoanalista, que viene de trabajar en una institución de la sociedad civil con víctimas de tortura de la dictadura y ahora va a poder trabajar con las víctimas de violencia institucional en democracia (esta es una generalización que nos podemos permitir hoy aquí sin las precisiones del derecho). Otros días me fastidio porque me convocan para todas las tareas incomprensibles que antes enumeré, me convocan para hacer algo en relación con la seguridad de las víctimas o a cumplir un papel tranquilizador o de consuelo. Cuando esas dos sensaciones pasan en días sucesivos, les puedo asegurar que es muy complejo. Y también es más fecundo y logro producir y hacer, cuando tengo presentes estas dos aristas de este trabajo: que tenemos un lugar, de hecho, aquí estamos, y que ese lugar está en construcción aun para quienes nos lo propician. Hay un compañero sociólogo, muy querido en la Procuvin, que cuando yo me fastidio por estos asuntos me dice: –“Lau, estamos construyendo institucionalidad”. Y yo me consuelo, un poquito nomás. Pienso entonces, con esa ayuda, que no es que estoy desubicada todo el tiempo, es que todo esto es bastante nuevo. Tanto ahora como entonces somos convocados en relación con el proceso de justicia (con el acceso a la justicia en muchos casos), para cumplir con obligaciones del Estado en cuyas instituciones trabajamos, para realizar tareas complejas, por interlocutores que tienen en muchas ocasiones poca claridad para saber a qué nos convocan. Sigue siendo también el mismo posicionamiento ético frente a estas víctimas y a aquellas.

Y ahora quisiera dedicarles un rato a las cuestiones que son distintas en el encuentro con las víctimas de violencia institucional que padecen estos hechos horribles en estos días.

La primera que nombro es la distancia cultural y social que tenemos con estas personas. Les cuento, entonces, de un caso de un joven, que me parece ilustrativo en este tema de la distancia. Como cuando supervisamos, les cuento del caso, es decir les cuento lo que a mí me paso allí. Intervine hace ya unos años, desde otras pertenencias institucionales cuando me convocaron como perito para tener algunas entrevistas con un joven torturado en la cárcel en momentos iniciales del proceso judicial, en la instrucción de la causa.

Lo conocí en la cárcel estando aún detenido y un tiempo después resultó seguir detenido en su casa, con prisión domiciliaria. Cuando tengo que ir a verlo a su casa me dan los datos, el teléfono, el nombre de la mamá y la dirección: calle Godoy Cruz no sé cuánto. Mientras anoto, pienso: cómo voy a viajar, no tengo auto, iré en tren o colectivo, podré ir después del mediodía, llegaré de vuelta a mi casa o al consultorio a merendar. Quien me daba los datos dice: Palermo Viejo. Entiendo que vive a seis cuadras de mi casa. Fui caminando. Volví a mi casa a merendar. En esa época llevaba ya casi quince años de profesión, cinco o seis de trabajo en el CELS, sin embargo, pensé que ese joven torturado por el Servicio Penitenciario iba a vivir en otro barrio, no en el mío. Entonces me quedó claro que la distancia era otra. Entiendo que estos detalles, no menores sino determinantes de la intervención, es importante saberlos, escucharme esa distancia, ese prejuicio, ese a priori. No estar allí desconociendo eso que pasa. Saber eso para poder hacer con eso. Hay muchas cosas con esa familia y con ese joven que tenemos en común y hay otras que no. Mi vida cotidiana es diferente y necesito haberle dado alguna vuelta a esa diferencia y a ese “en común” para ir sabiendo como llego allí y me encuentro con esas personas.

Así, como en estas experiencias aparecen insistentemente estas distancias, aunque ahora ande un poco más advertida que en aquella ocasión, cuando trabajábamos con las víctimas de dictadura aparecían rápido las cercanías: los barrios, las lecturas, los lugares donde se había estudiado, alguna cercanía casi familiar.

Otra cuestión para señalar entre lo que cambia en nuestro trabajo con estas y aquellas víctimas son los lugares donde nos encontramos. Y aun antes, los lugares donde sucede nuestro trabajo. Ya no en el consultorio, ahora para mí que trabajo muchas horas en la semana en la Procuraduría, muchas cosas pasan en la oficina. Es muy raro lo de la oficina para alguien que anduvo tanto tiempo en el consultorio. En los años de mi trabajo en el CELS, allí trabajando con víctimas de dictadura, la institución solía ser una referencia segura para las personas, al menos las primeras veces que nos encontrábamos. La biblioteca del CELS que es un poco escasa de privacidad, pero estaba repleta de objetos que eran un reparo para esas personas a quienes yo apenas empezaba a conocer, pero otros de allí conocían hacía mucho tiempo.

Ahora la oficina de la Procuraduría tiene también sus particularidades, hemos transitado en estos apenas dos años más de un edificio más o menos pequeño, más o menos ampuloso. En este corto tiempo tenemos mucho anecdotario del impacto que estos lugares tienen en las personas para las que trabajamos. Allí una primera complejidad, estructural, más allá de la locación o el mobiliario es encontrarnos con personas cuyos derechos fundamentales han sido violados por funcionarios estatales en una oficina estatal.

Si en este momento dijéramos: “Ahora salen al patio todos los que alguna vez tuvieron una entrevista que no pasó adentro de un recinto donde solo estén ustedes y quien van a entrevistar, con la puerta cerrada, nunca los interrumpieron, con el tiempo previsto y acordado antes de empezar”, nos vamos todos, el salón queda vacío, todos afuera y después volvemos y seguimos. Lo más común son las entrevistas poco comunes, en el teléfono, en el pasillo, en la oficina, en la biblioteca. Y eso es cuando la gente viene a vernos. Pero a veces no pueden venir y entonces vamos a otros lugares a hacer ese trabajo que nombrábamos al principio: “acompañamiento a víctimas de violaciones a los derechos humanos, en el marco de procesos judiciales, tanto por delitos de lesa humanidad, como por violaciones de derechos humanos en contextos democráticos”.

Entonces, las entrevistas, las comunicaciones, los datos importantes, los hallazgos, los escuchamos en la oficina. Pasan en el teléfono, pasan en el pasillo hasta llegar a la oficina, por ejemplo. Esos instantes o esas dos o tres palabras, ese detalle que arma y conduce la intervención, muchas, pero muchas veces, lo escucho en el pasillo. El pasillo es un lugar privilegiado.

O nos encontramos con la gente en sus casas, muchas veces no pueden venir a vernos y entonces vamos. Más de una vez me pregunté si “había que ir”, la respuesta no es automática, no es siempre la misma (queremos poder hacer intervenciones particulares en cada caso) pero la respuesta es básicamente que sí, que voy. Y a veces hay alguna situación puntual por la que no, por la que es necesario que vengan. La condición es que puedan venir.

Me cuento entre los que, durante mucho tiempo, dijimos que queríamos poder hacer este tipo de trabajo. Durante tanto tiempo añoramos poder tener un sostén institucional que nos permitiera intervenir en este campo. Y era un reclamo, más silencioso o más ruidoso, pero lo que podíamos hacer e hicimos mucho tiempo fue irnos al consultorio a trabajar. No porque fuéramos malos o tontos o no nos convocara este tipo de trabajo sino porque casi no había dónde. Ahora resulta que somos parte de un espacio institucional dentro del Estado con la solidez que esto tiene. Y con todas las contradicciones y la complejidad que también tiene.

Entonces vamos a la casa de la gente con la que trabajamos, tomamos un mate, pasa el perro, hablamos en la cocina porque está más abrigado o en el patio desabrigados porque ahí podemos estar “de a dos”. Encontramos algo en común cotidiano, ¿los dos tomamos mate? Mate entonces, vamos por ahí.

Otras veces nuestro trabajo hace necesario que circulemos por un escenario muy particular como son las instituciones de encierro. Acompañamos a personas que están detenidas en la cárcel, encerradas en un psiquiátrico o en un instituto de menores. Son lugares con los que hay que tener muchos recaudos. Escenas intrigantes, horrorosas y que pueden resultar fascinantes. Y provocar un deslumbramiento que impide ver.

Les cuento otro relato de un caso. Esa vez fue en la provincia de Mendoza. Había conocido al joven también en función de perito. Unos años después, desde el Estado nacional se había planificado el acompañamiento de este joven detenido en una situación muy grave y de intenso sufrimiento. Fue aquella una intervención muy bien intencionada, organizada por las personas que allí trabajaban y que venía a cumplir con la obligación estatal de reparación de graves violaciones a los derechos humanos de este joven en la cárcel.

Desde esas sinceras y buenas intenciones, planificaron que la entrevista no sucediera en el lugar terrible del encierro, en una cárcel de máxima seguridad en las afueras de Mendoza donde estaba detenido. Entonces, para propiciar un marco más amable a los defensores que intervenían y a la colega que iba a acompañarlo y eventualmente planificar una intervención terapéutica más tradicional, se les ocurrió tener la primera entrevista en la defensoría, donde va a haber un lugar tranquilo, confidencial, como decía antes, amable. Y la verdad que dicho así no estaba mal. Del detalle que se olvidaron, es que lo que sucede sistemáticamente en los traslados de las personas detenidas. Siempre son situaciones de muchísima violencia, por lo menos. Guiado por esa buena intención de ser llevado a la defensoría, el joven pasó por la violencia habitual en esos traslados y un poco más. Esto quiere decir: lo sacan de la celda a las tres de la mañana, no desayuna, lo dejan en un lugar que es como un círculo de rejas que le dicen "leonera", esperando con otro detenido, lo suben a un camión donde esposado al piso hace su viaje. Esos camiones grises del Servicio Penitenciario que vemos pasar por la calle, por este barrio, a veces los vemos, tienen gente esposada al piso. Llegan. Pero no a la defensoría porque llegan muy temprano. Lo dejan en otra prisión, porque habitualmente está detenido lejos de la ciudad. Lo dejan en una prisión en la ciudad, donde este muchacho ya había estado, conocía mucha gente y no eran todos amigos. Nunca llegó a la entrevista en la defensoría, porque en el medio hubo una gresca muy tremenda de la que fue parte, hubo un intento de fuga y hubo una represión muy violenta. Entonces hay que ir, digo.

Otra cosa que cambia entre aquellas víctimas y estas de hoy es la consideración. Yo escribí en mis notas entre signos de pregunta: la valoración. Yo creo que es la valoración de unas y otras víctimas. Socialmente las víctimas de tortura de dictadura están reconocidas como tales. No hay dudas. Bueno... ¿no hay duda? Siempre uno puede encontrar a alguien con dudas. Mayoritariamente no hay dudas de su condición de víctimas de hechos graves, de delitos tan graves que no prescriben. En el sistema de justicia, en los mismos juicios y en el mundo donde nosotros nos movemos también, no hay dudas de que a esas personas les hicieron cosas horribles que merecen graves sanciones y que merecen ser reparadas.

Esto no está tan claro con las víctimas de violencia institucional. Ante la descripción inicial del caso, "¿pero qué hizo?" es una pregunta que aparece. Los colegas que trabajan bien, que se comprometen, como podría ser cualquiera de nosotros, escriben en sus notas, un poco antes o después, los delitos que cometieron las víctimas de violencia institucional de hoy a quienes asisten. Nunca se escribe y casi nunca se pregunta qué delitos para el código penal de la época podría haber cometido alguna víctima de graves violaciones a los derechos humanos en dictadura. Eso no se anota nunca. Insisto no se anota nunca. Los de ahora sí.

Podríamos hablar un largo rato de las identidades de estas personas, de cómo los nombramos, de cómo se nombra cada uno de ellos a sí mismo, pero no es eso lo que intento decir sino el sesgo que es ineludible reconocer en nosotros como ofiantes de este oficio para, insisto otra vez, saber y poder hacer con eso.

Seguimos con las diferencias a considerar entre estas y aquellas intervenciones. Y una también relevante es el tiempo entre el encuentro que nosotros tenemos y (vamos a arriesgar así, después discutimos) la experiencia traumática por la que pasó esta persona. La posibilidad de elaboración, sabemos, tiene que ver con muchas cuestiones, y una fundamental es el tiempo. Aun el tiempo de la repetición del trauma en actos, aun el tiempo de los sueños traumáticos. No es igual que hayan pasado muchos años, aunque durante muchos de esos años eso haya quedado congelado, detenido y apartado del mundo

de las asociaciones, mientras seguía la vida de esa persona. Hay tanto que ya se ha dicho sobre este tema. Hay consultas actuales en las que podríamos encontrarnos con la situación en la que no pasó nada, no hubo tiempo para nada (esto también invita a la discusión) pero pensémoslo en ese extremo. Muchas veces a las víctimas de violencia institucional con quienes trabajamos, las torturaron hace diez horas o hace veinte días o hace seis meses. Todavía les duelen los golpes. Esto es una diferencia que, en términos de intervención en el campo de la salud mental, no se puede desconocer.

Entonces se superponen la conceptualización de lo presente de la experiencia traumática que, en general, todos manejamos la idea y la experiencia clínica de que la experiencia traumática es una experiencia presente con el dolor físico presente, la materialidad de la herida presente.

De ahí tantos recaudos y tantos cuidados, y ahí, en lo presente de lo traumático que no deja de suceder, sostenemos nuestras intervenciones cuando mencionamos eso de la retraumatización. ¿Por qué podría volver a ser dañado? ¿Por qué hay que, digamos, cuidarlo? ¿Hay que ser bueno porque sufrió? A veces los recaudos sostenidos en el concepto de retraumatización se parecen bastante a cuestiones benéficas o morales. No, no es eso. Los recaudos se sostienen en que es presente, y vuelve a suceder. Porque cada vez que lo nombra, le pasa de nuevo. Hay una enorme distancia entre eso y la cicatriz de la piel que no cerró. Entre lo imposible de nombrar y de abarcar en el discurso y la materialidad de la cosa.

Vuelvo a lo mismo porque estoy pensando en el mismo joven, el que vivía en mi barrio.

Un tiempo después, bastante más de un año después de lo que les conté, lo veo estando en la cárcel. Él viene a mi encuentro reconociéndome, yo no lo reconozco. Probablemente porque él estuviera más alerta, tuviera mucho más control sobre el entorno que yo que estaba llegando de la calle. Además, no lo reconocí porque estaba muy golpeado, tenía la cara muy golpeada. Y “estaba muy golpeado” no es una metáfora con las víctimas de violencia institucional que conocemos ahora. Golpeado es golpeado. Hay un bello poema de Ángela Urondo que dice cómo una larga lista de palabras que han cambiado de significado después de la experiencia traumática de ser una víctima de dictadura. Y dice algo así como cantar no es cantar, caer no es caer, quebrar no es quebrar. En ese muchacho, esa tarde en la cárcel de Devoto golpeado era golpeado. Allí golpeado es golpeado, roto es roto, peligro es peligro, me matan mañana es me matan mañana. Ya sabemos que estos dichos también pueden estar instrumentados para comunicar otras cuestiones, no estoy negando la complejidad del lenguaje, no se me ocurriría. También la de la materialidad es una dimensión que hay que incluir. Y que hay que incluir en relación con que va a poder hacer uno en esa escena. Estoy nombrando el uno, personalmente ahora. No en el de la silla institucional que ocupamos.

Cuando la marca está doliendo, el tiempo fue muy breve para poder construir algún relato, en muchos casos. No todos los relatos, claro. Hace apenas dos años que trabajo en Procuvin, cerca de estas víctimas. La verdad que, como la Procuraduría existe hace dos años también, soy como una súper experimentada. También es poco tiempo. Se muestra en esas entrevistas la escasez de palabras o la exhibición de las marcas o de la desprovisión. Y entonces me cuesta mucho enterarme de qué le pasó a esa persona que intento conocer e insisto torpemente muchas veces “¿pero a vos qué te pasó?”. “Lo que pasa es que entraron y me, me, me hicieron y mirá”. Es insistente ese “mirá”. Ese es el momento de calmarse, recordar la complejidad del trabajo, escuchar y confiar en que todo no se puede, nunca; y menos en una primera entrevista. Y me quedo pensando: ¿qué pasó?, ¿qué le pasó?, ¿qué le habrá pasado?”.

También es difícil escuchar e intentar saber por qué el impacto de la violencia fue tan extremo y el tiempo para traducir, de algún modo en palabras, tan escaso. Entonces, sé que aquí no nos pasaría, pero viene esa frase siniestra tantas veces nombrada por psicólogos o psiquiatras: “tiene escasos recursos simbólicos”, “maneja escasos recursos simbólicos que le imposibilitan...”. Descripción que recubre la impotencia del técnico que no puede esperar, acompañar y no entender y dar(se) tiempo. Entonces se lo carga a la víctima y dicen “escasos recursos simbólicos”.

Todavía no somos buenos lectores de estos padeceres. Capaz un día seamos buenos lectores. De algunas cosas, que pasaron hace más de treinta años, los mismos que las padecieron construyeron, escribieron, se contaron, se callaron, se escucharon. Y otros escribieron y los leímos. Hoy dicen en los juicios: “nunca dije, pero ahora quiero decir”. Y nosotros escuchamos, leímos, soltamos unas palabras en algún texto. Entonces, somos unos lectores y cada tanto, alguna víctima de estos hechos terribles nos dice: “Claro, eso te quería decir”. Y una se va pensando “Ah, mirá, ando leyendo”.

De esto de la violencia institucional hoy somos lectores, estamos empezando. Queremos usar toda la experiencia anterior, por eso señalamos lo que es igual en las intervenciones. Queremos que el proceso de justicia por los crímenes de la última dictadura deje cambiado el sistema de justicia, nos deje preparados para acompañar a las víctimas de graves violaciones a los derechos humanos en democracia. Quizás escasos recursos simbólicos para abordar el horror tenemos todos.

Para terminar, quisiera puntualizar algo de lo que he venido diciendo y hacer lugar al intercambio, que a eso he venido.

Cuando trabajamos acompañando a personas que han padecido graves violaciones a sus derechos humanos en democracia, iniciamos esa tarea con la experiencia que hemos tomado de quienes lo hicieron antes, y también hemos construido colectivamente con las víctimas de dictadura. Esa es la experiencia que no nos podemos perder. Entiendo que estamos continuando un camino, señalando diferencias y haciendo lugar a lo nuevo.

Las instituciones democráticas han cambiado en estos años en este caso la posibilidad de asistir a lo largo de los procesos judiciales a estas víctimas desde el Estado. Entonces, por qué no reconocer nuestras intervenciones técnicas también modificadas particularmente por la experiencia de nuestro propio trabajo con las víctimas de la dictadura. Y también seguir sosteniendo el posicionamiento ético en nuestra tarea, desde la complejidad y la especificidad de las instituciones del Estado.

Insisto en lo que dije al principio, también llegamos a esta tarea con los prejuicios y las distancias que se plantean ante unas víctimas que no tienen el reconocimiento social, ni propio, como tales. Creo que es importante tener en cuenta esta dificultad inevitable, si el colectivo, digamos, el medio social considera a las víctimas de violencia institucional como personas a quienes disciplinar y sancionar, cómo suponer que no vamos a estar en uno u otro sentido afectados por este modo de comprender el sufrimiento de estas personas, aun antes de conocerlos.

Está pendiente la definición de la particularidad de la tarea del acompañamiento en este ámbito en el que trabajamos. Podríamos enunciar la pregunta sobre la técnica de la intervención así: ¿Cuáles son las estrategias que vengán a permitirnos hacer algo con el sufrimiento, con lo que nos provoca la cercanía con el dolor y con lo que no conocemos? Porque hay allí, en esos acompañamientos, en esos encuentros, un cuántum de sufrimiento inconmensurable, no hay duda. Y que no conocemos, tampoco hay duda. Digo esto advertida de las complejidades y las confusiones que intenta eludir la certeza.

Un modo posible de entender qué hacemos allí, de decir cuál es nuestra intervención, se me ocurrió así: poder situar y señalar lo que convoca nuestra intervención (y allí se abren muchas alternativas muy diversas), y luego tener alguna acción que tenga impacto en lo subjetivo. Situar, una acción, impacto subjetivo, esas son las coordenadas cada vez. O un modo de enunciarlas, sin duda hay otros.

Lo dice mejor y bello, Eric Laurent, en *Psicoanálisis y salud mental*: “Decir a alguien, en un momento crucial de su vida, algo que permanecerá inolvidable. Dirigirse al sujeto de manera inolvidable”. Creo que esta podría ser una flecha que lance y conduzca nuestro trabajo, una posible.

El diálogo

Laura Vázquez³: –Es un tema toda esa complejidad que nos fuimos encontrando a medida que fuimos trabajando. Y el lugar que ocupa la fascinación del horror. Que, si hay algo que atrae a veces, de estas situaciones, de estos casos es ¿qué le pasó, ¿qué le sucedió?, ¿qué le hicieron? El apresuramiento por saber, como si fueran como pruebas ¿no? ¿De qué son víctimas? ¿Cuánto les pegaron? ¿Qué les pasó? Me parece que ahí aparece como un obstáculo también y que estaría bueno esperar, porque quizás no es eso de lo que va a hablar, porque efectivamente todavía tiene los golpes en el cuerpo. U otro tipo de casos que nosotros seguimos bastante, que son los asesinatos de pibes por parte de las fuerzas policiales. También, cómo hablar de eso que parecería que todavía está ahí.

Julietta Calmels⁴: –Me impresionaba mucho cuando Laura iba haciendo la enumeración de lo diferente en relación con la injerencia del trabajo con víctimas en el terrorismo de Estado, porque nosotros venimos sosteniendo esta posición de que hay una experiencia acumulada que es muy favorable para el trabajo con esta área, pero a la vez hay diferencias muy importantes y que eso nos sitúa en un contexto de construcción de un tipo de práctica, que requiere también muchas de las cosas que recién planteabas, la implicación, los prejuicios, etc., espacios como para poder pensar. Entonces, desde las urgencias subjetivas, los distintos dispositivos, las clases sociales diferentes, el reconocimiento social del carácter de víctima, una serie de elementos diferenciales que son más o menos también por los que venimos pensando, y se me ocurría también la necesidad, por lo menos por el trabajo que nosotros hacemos, de incluir otro elemento más que sería: ¿cuál es el sujeto de nuestra intervención? Porque en la medida en que las prácticas que realizamos se hacen desde el Estado y el Estado tiene una responsabilidad en esta práctica de la reparación, hay una necesidad de que nosotros también asumamos la responsabilidad de tener que intervenir. Después, será parte del trabajo de qué manera se interviene, se interviene ahora, se interviene después; uno se ofrece a disposición del otro, pero digo pensando esto, lo que hace a nuestra responsabilidad como agentes del Estado, que no podríamos nosotros tener que esperar a que se nos venga a solicitar una intervención. Uno podría decir: anunciados de la existencia de un hecho, eso ya nos sitúa a nosotros como centro ante la responsabilidad de hacer alguna estrategia de reparación con ese sujeto.

De los casos de asesinatos, en general de chicos jóvenes, parte de lo que se comienza a construir como estrategia de intervención es ubicar al sujeto de la intervención. Muchas veces es la familia, de la cual uno podría decir, más bien es a la inversa. Son muy pocas veces las que esas personas pueden llegar a construir una demanda que encima llegue hasta el Centro Ulloa. Entonces, venimos planteando un poco eso. Si todo ese recorrido ya se construyó, hay una gran parte del trabajo que está avanzado, entonces cómo nosotros, en tanto agentes del Estado, también podemos ir conceptualizando cuáles son los sujetos de nuestra intervención y cómo, en este contexto y en las políticas de reparación, el tema de la asistencia y el acompañamiento tiene que pensarse más allá de la demanda explícita de las personas, por la responsabilidad que tenemos en la reparación.

Laura Sobredo: –¿Cómo salirse de andar clasificando? Una clasificación sería: estos son los que tienen frío, estos son los que no tienen frío, para hacer algo en común. Yo diría: ojo con las buenas intenciones, ojo con las buenas intenciones que permitirían no tener que darle ninguna vuelta a aquello de lo parecido y lo diferente. Y también tener presente, se me ocurre por esto de lo diferente y lo parecido, que nuestro trabajo de acompañamiento de las víctimas a lo largo de los procesos judiciales es en diálogo con el discurso del derecho, que es un discurso de certeza. Ahí no hay medias sonrisas y dichos a medias como los que hemos compartido hoy que no son ni más ni menos que las referencias compartidas de nuestros recorridos profesionales aun entre los que nos estamos conociendo hoy. Sé que en ese lugar de intento de diálogo con un discurso de certezas lo único que puedo ser es una lectora, y qué bueno cuando eso pasa.

3 Coordinadora en el Centro Ulloa del área de Violaciones a los Derechos Humanos en Contextos Democráticos.

4 Directora del Centro Ulloa.

Participante: –Que si no sos una lectora ¿sos una repetidora?

Laura Sobredo: –Sí, si no soy lectora, soy una repetidora. Y también sé que no estoy en el consultorio, no estoy en el seminario, que serían lugares más conocidos. Estamos en la Procuraduría, y ahí contagiarse del discurso del derecho y repetir podría ser terrible y tranquilizador. La especificidad del trabajo de lectura nos pone en una difícil posición. Porque si estamos firmes, o repetimos todo el tiempo, o leemos desde muy lejos, desde la vereda de enfrente resulta que no es esa la tarea que me interesa hacer, no produce la posibilidad de aliviar algo del sufrimiento evitable que pretendo propiciar.

Me parece que estamos en una interlocución compleja, que se refleja –creo que algo de eso nombraban– en la cuestión concreta de las intervenciones con las víctimas: ¿lo llamo yo o me llama? Un ejemplo: está detenido, no tiene tarjeta para el teléfono y, hasta que no lo vayan a visitar de nuevo, no va a tener. Si quiero saber cómo está, lo voy a tener que llamar. Pensemos qué impacto tiene que lo tengamos que llamar, quién lo llama, si lo llamás vos, si lo llama el otro, si mejor vos no, si tantas cosas. Pero si no, no nos vamos a enterar. ¿Qué quiero decir con esto? Estamos en un lugar difícil, estamos en un lugar en construcción, donde nuestras herramientas, que son las que mejor conocemos y las que venimos a ofrecer porque estamos trabajando como profesionales en esta materia, sin el detalle a medida de estas intervenciones, no sirven.

Y es en diálogo cercano con discursos certeros, que no nos los creemos. Yo no creo que, porque lo dice la Corte Interamericana, la tortura no se repite más. Ya lo sé. Pero, no estábamos allí cuando eso sucedía, en un ejercicio de imaginación. Supongamos que la Corte Interamericana nos hubiera pedido un dictamen sobre la afectación de la salud mental o el impacto subjetivo de la desaparición en el caso *Lapacó*⁵, que fue el caso que puso en funcionamiento los juicios de la verdad sobre los hechos de dictadura durante la vigencia de las leyes de impunidad. Entonces tampoco hubiéramos sostenido eso de las “garantías de no repetición”, ese es el lenguaje del Sistema Interamericano. Yo no iba a escribir “haga tal cosa y yo le doy garantías de que no se repita”. Sin embargo, hubiera sido genial intervenir, de esos modos siempre incompletos, hacer algún aporte allí, que incluya algún detalle, nada más. Nada más y nada menos que algún detalle.

Estamos ahí, en diálogo con ese otro discurso, que es un discurso de certeza, que pretende la reparación, un poco como si lo dijeran con mayúscula. Y nosotros estamos ahí para decir que es irreparable. Y después hablan de garantías de no repetición y nosotros también decimos que no hay. Esa es la especificidad de la tarea.

SDH (2015, noviembre). *Experiencias en salud mental y derechos humanos. Aportes desde la política pública* [en línea]. Buenos Aires: SDH. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/886/salud_mental.pdf?sequence=1#page=88>.

5 Para ver la referencia a este caso, recomendamos visitar: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/99span/Soluci%C3%B3n%20Amistosa/Argentina12059.htm>

Presentación ante Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización Naciones Unidas

Julieta Calmels, Agustina D' Agostino, Paula Imperiali, Juan Ignacio Pérez, Fiorella Piñarelli, Mariela Acosta y Luciana Maciel¹

El presente informe tiene como objeto dar cuenta de las políticas implementadas desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina, específicamente, desde la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la salud, en lo que respecta a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, tanto en lo que refiere a la transformación del sistema de salud, como del aspecto intersectorial e interministerial que involucra acciones de gobierno en articulación con otras carteras ministeriales, en vías de garantizar la inclusión de todas las personas en la vida en comunidad, con el desarrollo de los apoyos y ajustes razonables necesarios para promover la mayor autonomía.

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha puesto atención desde sus inicios a la integridad, la salud y la seguridad como derechos esenciales de todas las personas. En lo que se refiere específicamente a la salud mental, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha tratado de poner de relieve su importancia dentro del derecho a la salud y de destacar la relación singular e interdependiente entre la salud mental y el pleno disfrute de todos los derechos humanos. De este modo, diversos instrumentos emanados de distintos organismos o conferencias especializadas han abordado la temática, y han establecido lineamientos de política pública, como la *Declaración de Caracas de la OPS–OMS*, *los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales*, *los Principios de Brasilia* y *el Consenso de Panamá*.

Sin perjuicio de lo establecido en los mencionados documentos, el instrumento más relevante –y vinculante– en la materia es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que incluye entre las personas con discapacidad a aquellas que tengan deficiencias mentales o intelectuales e interactúen con diversas barreras que puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

El Estado argentino ratificó la Convención el 2 de septiembre de 2008, y se le confirió jerarquía constitucional, en los términos del art. 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, mediante la ley n.º 27.044, en noviembre de 2014. La Convención entonces establece estándares de aplicación al campo de la salud mental que tienen especial repercusión en las políticas públicas con relación al derecho al consentimiento informado, la vida en comunidad y la integridad y libertad personales, exigiendo la adopción de medidas que aseguren los derechos humanos de las personas.

Habida cuenta de los casos generalizados de violación de los derechos humanos y discriminación que sufren los usuarios de salud mental, la adopción de una perspectiva de derechos humanos es fundamental para responder a la carga mundial de morbilidad mental.

Este informe, presenta cuatro apartados, una introducción que da cuenta del marco de aplicación de las presentes políticas en un marco gubernamental más amplio, que implica un plan integral provincial de salud mental 2022–2027. En un segundo capítulo se desarrolla la propuesta de adecuación y transforma-

¹Equipo de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires

ción del modelo de atención en salud, para garantizar el derecho a la salud, la habilitación y rehabilitación de todas las personas, en el marco de la red provincial de atención en salud con base en las comunidades, con criterio de accesibilidad e inclusión. En un tercer capítulo se profundiza sobre los componentes no sanitarios de la reforma, acciones realizadas a partir de la coordinación de la comisión interministerial en el ámbito de Jefatura de Gabinete del Gobierno provincial por decisión política de nuestro gobernador Axel Kicillof. Se tratan de políticas transversales, intersectoriales, tales como acciones en educación, vivienda, desarrollo de la comunidad, cultura, deporte, producción, trabajo, desarrollo agrario, entre otros. Por último, se presentan otros componentes que hacen a la transformación del sistema de salud, en la habilitación, regulación y fiscalización de instituciones privadas, ampliación de la atención a niñas, niños y adolescentes, y en la elaboración de protocolos y capacitación a las Fuerzas de Seguridad.

1. Introducción

La provincia de Buenos Aires cuenta con una población total de 17.569.053 habitantes, y una extensión de 307.571 km². Es la jurisdicción de primer orden más poblada del país, y su realidad es heterogénea en todo su territorio, comprendiendo zonas de gran densidad poblacional, urbanas y rurales, que se divide, a su vez, en 135 partidos y doce regiones sanitarias. Representa el 38% de la población total del país, y del total de sus habitantes, el 58,4% (10.275.184 personas) viven en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires). En el resto de la provincia, viven 7.293.869 habitantes que representan el 41,5% de la población total.

En términos epidemiológicos, la prevalencia en salud mental global y en nuestro país es relevante, lo cual contrasta con el imaginario social de que se trata de problemáticas marginales o excepcionales. Según datos internacionales que se corroboran con estudios locales en materia de problemáticas de salud mental, se estima que la prevalencia de vida de cualquier situación de salud mental en la población mayor de dieciocho años de edad en Argentina es de 29,1% (Stagnaro, 2018), es decir, que tres de cada diez personas sufren en algún momento de su vida alguna problemática de salud mental.

Promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, promover el respeto de su dignidad inherente, y su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, implica entre muchas otras cosas generar un marco de regulación y normativa estatal, que contenga definiciones capaces de involucrar a diversos actores en la toma de decisiones y ejecución de las políticas. Por una parte, la firme decisión de la integración de la salud mental a la salud en lo que hace a su definición política, comprensión problemática y organización de respuestas frente a las demandas y necesidades de nuestro pueblo, en el marco de los Tratados Internacionales, la Convención de las personas con discapacidad, la Ley Nacional n° 26.653, y la Ley de Adhesión Provincial n° 14.528. De esta decisión se derivan diferentes estrategias, tanto de reforma del modelo sanitario y de atención en salud. Por otra parte, la construcción de lineamientos de políticas integrales e interministeriales, para un mayor acceso, e inclusión.

Estas acciones, se reflejan y enmarcan en el Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022–2027, presentado públicamente en julio de 2022 por el gobernador de la provincia de Buenos Aires Axel Kicillof. Se trata de la primera vez que una gestión provincial elabora un documento de estas características, en donde se plasma la voluntad política para transformar el modelo de atención en salud mental, hacia la construcción de un sistema de salud integral y solidario para el pueblo bonaerense. Este “Plan” ha sido construido receptando un conjunto de necesidades, demandas y vacancias históricas de la política pública, producto del diálogo e intercambio con el conjunto de actores que componen el campo de la salud mental, entre quienes se encuentran aquellos que tienen responsabilidad de gestión en las Carteras ministeriales provinciales o bien en las jurisdicciones municipales, organizaciones de defensa de los derechos humanos, organizaciones de personas usuarias y sus redes afectivas, unidades académicas, asociaciones profesionales, colectivos de trabajadores y organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

El Plan Provincial, da cuenta de los avances en los primeros dos años de gestión y metas a alcanzar, contemplando las barreras de acceso al sistema de salud, las necesidades del pueblo y en particular de las personas con problemáticas de salud mental y consumos problemáticos. A la vez, que da cuenta de la integralidad de las políticas y abordajes que exceden lo estrictamente sanitario, y que requieren del compromiso y la mirada más abarcativa de los diferentes aspectos que hacen a la vida en comunidad.

En lo que refiere a la transformación del modelo sanitario de atención, destacamos tanto las acciones dirigidas a lograr la adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos provinciales, cómo aquellas destinadas al fortalecimiento de la Red Provincial de Atención, Acompañamiento y Cuidados en Salud Mental y Consumos Problemáticos, generando procesos de externación más sustentables, y un mayor acceso de la población general a las políticas de promoción, prevención, acompañamiento y cuidado de la salud mental, con base en las comunidades. Las políticas de transformación en el modelo de atención implementadas, se acompañan de una descentralización de recursos financieros, humanos y materiales de los hospitales neuropsiquiátricos públicos, desde una mirada integrada y estratégica de la provincia, teniendo como perspectiva la ampliación y fortalecimiento de los espacios y recursos comunitarios intermedios.

Fortalecer y ampliar la red de atención en salud mental y consumos problemáticos, permite un mayor acceso y vinculación entre los diferentes niveles de atención. Integrando:

1. La adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos de la provincia de Buenos Aires, a lo propuesto por la LNSM.
2. La ampliación, fortalecimiento y creación de espacios de atención con base en la comunidad.
3. La mejora y ampliación de espacios de atención en urgencias, espacios destinados a infancias e internaciones de salud mental en hospitales generales de la provincia de Buenos Aires.

No obstante, entendemos que, para garantizar los derechos humanos, y la plena inclusión de las personas, se requiere de una mirada amplia, que involucre políticas que aborden la integralidad de la vida de las personas, excediendo lo estrictamente sanitario.

De este modo, es que, como definición de gobierno, se crea bajo la órbita de Jefatura de Gabinete de la provincia de Buenos Aires, a través de decreto gubernamental, la creación de la Comisión Provincial Interministerial de Salud Mental y Consumos Problemáticos (Dto. Reg. 603/13 ley 26.657). Esta comisión se propone la coordinación de políticas públicas entre diferentes ministerios, para la planificación, diseño y coordinación de políticas públicas de prevención, asistencia y cuidados en salud mental y consumos problemáticos, asegurando la protección de los derechos humanos de las personas, y está integrada por representantes de diez Ministerios, entre ellos la Dirección General de Cultura y Educación, el Ministerio de Desarrollo de la Comunidad, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica, el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual, el Ministerio de Seguridad, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Comunicación Pública y el Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros.

La importancia de la creación de dicha comisión reside en pensar la salud mental, más allá de su dimensión sanitaria. Según lo establece la ley, se reconoce a la salud mental como "(...) un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (art. 3, ley 26.657). Este artículo explica que la salud mental se compone de múltiples esferas que hacen a la vida en comunidad, dando cuenta que reducir un problema de salud solo al aspecto sanitario, impide ver el múltiple atravesamiento de sus componentes.

Este hecho político-institucional nos permitió emprender un camino donde la salud mental forme parte de todas las políticas públicas que lleva adelante nuestro gobierno para mejorar la calidad de vida de nuestro pueblo, donde la inclusión social sea una realidad para todos, promoviendo la igualdad de oportunidades, y la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

Cabe destacar que el actual Código Procesal Civil y Comercial de la provincia de Buenos Aires dista mucho de cumplir con los parámetros incorporados en la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación, cuerpo legal que sí se ajustó a los estándares internacionales en materia de derechos humanos.

Si bien el Ministerio de Salud de la provincia no es el sector estatal con potestad para modificar normativas procesales, competencia propia del Poder Legislativo de la provincia de Buenos Aires, de conformidad con las posibilidades que le son propias a un Ministerio de Salud, se trabajó conjuntamente con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires en miras a la redacción de un Anteproyecto de Código Procesal Civil y Comercial de la provincia, que recepte estos aspectos específicamente en dos capítulos: “Procesos de determinación de la capacidad” y “Control de legalidad de internaciones por motivos de salud mental”.

Este trabajo se llevó adelante durante 2021 y 2022 y contó con la participación de especialistas en la materia, universidades, sectores estatales, del poder judicial y organizaciones de la sociedad civil que fueron convocados desde la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud pública de este Ministerio de Salud para el trabajo específico en esos dos capítulos, por lo que el resultado final es un anteproyecto que cuenta con amplio consenso de diferentes sectores.

2. Adecuación y transformación del modelo de atención en salud. Derecho a la salud

La construcción histórica del sistema de salud argentino es el resultado de diversos contextos y coyunturas que dieron como resultado un complejo entramado de actores y relaciones, muchas veces superpuestos, que intervienen en espacios geográficos diferenciados y brindan servicios de salud a distintas poblaciones. Parte de la complejidad del sistema sanitario se refleja en su fragmentación, por el derrotero histórico en torno a la ausencia de políticas rectoras de integración entre los subsistemas, así como por la escasa coordinación y conducción estratégica del subsector estatal entre efectores de gestión nacional, provincial y municipal. La fragmentación del sistema sanitario genera desigualdad en el acceso al derecho a la salud de nuestro pueblo, así como también una inequidad en la distribución de los recursos en los diferentes componentes del sistema.

Al asumir la gestión en la provincia de Buenos Aires en diciembre de 2019, la salud pública, y en particular los servicios de atención en salud mental y consumos problemáticos, se encontraban en un estado de profundo abandono, desarticulados y precarizados. Esto podía constatarse en la ausencia de políticas rectoras, y la falta de gobernanza y articulación entre los niveles y tipos de servicios para garantizar la continuidad de cuidados. La clara distancia entre las necesidades de la población y los espacios y recursos humanos reales para el acompañamiento y atención de la salud mental era otro de los aspectos alarmantes, complejizados aún más por el deterioro y abandono de la infraestructura sanitaria. Junto a ello, existía una carencia de propuestas de formación y actualización dirigidas a trabajadores de la salud desde un enfoque de derechos, ausencia de información sistematizada y periódica sobre los procesos de atención y de gestión, de formalidad en los procesos de trabajo y falta de política de medicamentos y de instrumentos de calidad acordes al marco normativo vigente.

En función de lo antedicho, una de las primeras decisiones para revertir el estado de situación, fue la jerarquización del área de salud mental a nivel de Subsecretaría al interior del Ministerio de Salud de la provincia. Con ello se concretó la decisión y el compromiso político de priorizar a un área que en la práctica trabajaba marginalmente, estableciendo así una línea coherente entre las necesidades de nuestro pueblo, las ideas y la militancia llevada adelante en espacios vinculados a la salud y la defensa de los derechos humanos. Esta decisión se refleja en otra serie de acciones y perspectivas que hacen de la salud mental un aspecto prioritario para las políticas de nuestro Ministerio de Salud y una de las expresiones de la integralidad con la que trabajamos.

Nos hemos propuesto adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas a programas y a la atención de la salud de formas gratuitas, accesibles, cercanas a los territorios en los que transitan la vida y con base en sus comunidades. Para ello, hemos diseñado y llevamos actualmente adelante distintas medidas, dentro de las cuales destacamos tanto las acciones dirigidas a lograr la adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos provinciales, como aquellas destinadas al fortalecimiento de la Red Provincial de Atención, Acompañamiento y Cuidados en Salud Mental y Consumos Problemáticos, generando procesos de externación más sustentables, con apoyos y un mayor acceso de la población general a las políticas de promoción, prevención, acompañamiento y cuidado de la salud mental, con base en las comunidades. Esto implica delimitar lineamientos de atención para los dispositivos pertenecientes a la red provincial de atención, como también crear y desplegar una estrategia de revisión de los dispositivos privados, su habilitación y supervisión, así como también, generar un marco jurídico que involucre y haga partícipe a las Obras Sociales y prepagas de los circuitos de salud, cooperando con la incorporación de prestaciones y servicios necesarios para la comunidad.

Cabe destacar que la Subsecretaría creó un Instrumento de Consentimiento Informado y directivas anticipadas, así como uno de historia clínica para su aplicación obligatoria en todos los dispositivos mencionados, los cuales no contaban con una herramienta acorde a los estándares legales y de derechos de las personas usuarias.

Se trata de la formalización y obligatoriedad en el uso de herramientas de calidad como la historia clínica y consentimiento informado, los cuales incluyen perspectiva de derechos, y formación específica para su utilización.

En este marco, el Consentimiento Informado es una herramienta esencial que adquiere un carácter instrumental para garantizar el derecho a la salud y el acceso a la información. Éste requiere realizar un esfuerzo considerable para determinar la voluntad y las preferencias de la persona, por lo que los ajustes razonables y los apoyos para la toma de decisiones son clave en este proceso. También es fundamental tener presente las directivas anticipadas que pueda haber establecido la persona, incluyendo todo mandato conferido respecto de su salud y la potencial designación de la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos en materia de salud o han de desempeñarse como su sistema de apoyo en caso de una incapacidad sobreviniente.

En cuanto al aspecto registral del derecho a la identidad de las personas que se encuentran internadas también se pusieron en marcha líneas de acción en coordinación con la Subsecretaría de Derechos Humanos de la provincia para lograr que todas las personas tengan inscrito su nacimiento y accedan a su DNI, este derecho es fundamental para garantizar los demás derechos humanos de las personas y resulta clave en los procesos de externación.

En materia de desinstitutionalización, la provincia de Buenos Aires (distrito con mayor cantidad de habitantes del país) ha llevado adelante un ambicioso programa denominado “Buenos Aires libre de manicomios”, a fin de poder incluir en la comunidad a personas que se encontraban institucionalizadas en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia. Así, el 9 de diciembre de 2020 se firmó la Disposición de Firma Conjunta de cierre de las admisiones y readmisiones a los servicios de larga estadía y/o crónicos desde cualquier sector de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires (DISPC-2020-3-GDEBA-SSSMCPYVGMSALGP) que determinó el cierre de las admisiones en los pabellones de larga estadía, promoviendo el trabajo en la externación de personas que no tenían criterio de internación.

Previo a ello, a diciembre de 2019 la cantidad de personas que se encontraban en los hospitales monovalentes de salud mental públicos dependientes de la provincia de Buenos Aires eran 1.810 y hacia junio 2022 se han externado más de 632 de aquellas que se encontraban en pabellones de larga estadía. Para el proceso de inclusión social que implica el proceso de transformación fueron herramientas fundamentales las 181 viviendas con apoyo en la comunidad –en las que se incluyen alquileres–, los seiscientos diecisiete subsidios para la externación otorgados (por parte del Ministerio de Desarrollo de

la Comunidad) y aquellos 393 programas de inclusión laboral (dependientes del Ministerio de Trabajo de la Nación) que posibilitan a las personas iniciar la administración y gestión de sus propios recursos.

El cambio del modelo de atención tiene como principal lineamiento el fortalecimiento y la ampliación de la red provincial de atención en salud mental y consumos problemáticos, a partir de los siguientes ejes:

1. Adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos provinciales.
2. Adecuación y ampliación de la atención en salud mental en los hospitales generales.
3. Fortalecimiento, ampliación de la red de dispositivos de salud mental, con base en la comunidad.

El trabajo de adecuación y transformación del sistema según las líneas aquí planteadas, busca garantizar que las personas usuarias de salud mental, tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia en igualdad de condiciones que las demás, en la misma comunidad donde se desarrolla la vida, y que cuenten con asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, en iguales condiciones para toda la población, teniendo en cuenta las necesidades y requerimientos específicos de los grupos más vulnerables y también del momento de vida (no es lo mismo los apoyos necesarios los primeros tiempos luego de salir del manicomio de personas que estuvieron allí décadas, que los años subsiguientes), configurando los apoyos y ajustes como elementos también variables. Se busca que las personas puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, por lo cual se desarrollan los programas de habilitación y rehabilitación requeridos que incluyan los diferentes ámbitos del desarrollo humano. Es de destacar que, si bien estas transformaciones implican al sistema de salud en su conjunto, y en particular al subsistema de servicios de salud mental, impacta sobre toda la población general.

2.1 Adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos provinciales

Históricamente, las personas usuarias de salud mental han sido privadas de manera discriminatoria de su derecho a la capacidad jurídica bajo regímenes basados en el sistema de sustitución de la voluntad. La negación de la capacidad jurídica ha hecho que muchas veces se vean cercenados derechos fundamentales, tales como el derecho a tomar decisiones sobre su salud –entre las cuales se encuentra otorgar su consentimiento para un tratamiento de salud mental–, así como también a votar, a participar en la toma de decisiones sobre la administración de sus bienes, a ejercer su derecho de maternar con los apoyos necesarios, entre otros. En este sentido, a partir de los cambios planteados en el Código Civil y Comercial de la Nación, se incorpora el modelo social de discapacidad y se recepta el sistema de apoyo para la toma de decisiones, armonizando de esta forma a la normativa interna lo establecido en el art. 12 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por Argentina. Dicho modelo, lejos de sostener la sustitución de la voluntad de la persona titular de la capacidad jurídica, plantea al sistema de apoyo como una contribución para el respeto y promoción de la autonomía de la voluntad de las personas en la toma de decisiones para la vida en comunidad.

En la provincia de Buenos Aires se ubican cuatro hospitales neuropsiquiátricos públicos: el Hospital Domingo Cabred, en Open Door, Luján; el Hospital Alejandro Korn, en Melchor Romero, La Plata; el Hospital José Estéves, en Temperley, Lomas de Zamora; y el Hospital Domingo Taraborelli, en Necochea. La mayor parte de ellos son hospitales centenarios. Éstos, han funcionado como parte de un sistema de exclusión y aislamiento social de las personas, alejados de un criterio de atención a la salud; por ello, la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, establece que los neuropsiquiátricos, y/o instituciones de internación monovalentes existentes, públicos o privados, deben adaptarse a los objetivos y principios en el marco de los Derechos Humanos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Dicha adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos, y debe implicar el desarrollo de los apoyos necesarios para externalizaciones sustentables.

En este marco, formalizamos dicho proceso, a partir de las siguientes acciones:

- a. Nombramiento de nuevos directores de los hospitales neuropsiquiátricos provinciales.
- b. Disposición de firma conjunta, entre la Dirección Provincial de Hospitales, y Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública, que establece el cierre de admisión y readmisión a pabellones de crónicos y larga estadía (Disp 3/2020). A diciembre de 2022 se alcanzó el cierre de diez salas de larga estadía (tres Korn, dos Esteves, cinco Cabred).
- c. Herramienta de relevamiento de información periódica y actualizada, monitoreo de personas internadas y del modelo de atención (Disp 5/2020).

Durante el 2020 desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires se trabajó intencionalmente para la construcción e implementación de un Instrumento de relevamiento y monitoreo periódico de los procesos de atención y adecuación de carácter obligatorio destinada a los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires (DI-2020-28677640-GDEBA-SSSMCPYVGMSALGP y Anexo IF-2020-28615245-GDEBA-SSSMCPYVGMSALGP). Este instrumento, permite contar con información periódica estructurada en función de cuatro grandes ejes que observan “Internaciones en sector agudos”, “Internaciones en sector de larga estadía”, “Consultorios externos” y “Externación e inclusión social”. En cuanto a los aspectos jurídicos de las internaciones se monitorea el cumplimiento de los estándares de la ley 26.657, aspectos relativos a la capacidad jurídica y acceso a derechos.

- d. Aprobación de los planes de adecuación planes de adecuación de los cuatro hospitales neuropsiquiátricos públicos (Res. 4/2021).

En el año 2020 se emitió la disposición por la cual se establecieron los Lineamientos de base para la elaboración de los Planes de Adecuación para la transformación de los Hospitales Neuropsiquiátricos (2020).

En este documento se prevén los estándares y componentes en base a los cuales elaborar proyectos de reforma completa de estas instituciones incluyendo plazos concretos para el desarrollo y concreción. En los meses subsiguientes, en conjunto con la Subsecretaría, las Direcciones de los hospitales llevaron adelante un proceso de trabajo para dar forma, contenido, metas y plazos intermedios a los planes de adecuación. La propuesta incluye proyectos integrales de gran envergadura en lo que hace a una profunda reforma de las instituciones y contemplan aspectos novedosos no desarrollados hasta ahora vinculados a la inclusión social (vivienda, productivos, culturales, deportivos, educativos, componentes de memoria, etc.). En ellos se proyectan componentes sanitarios y no sanitarios que se centran en su transformación de conformidad con los lineamientos previstos en la línea de base por etapas.

Estos “Planes” fueron aprobados en 2021, de manera global en su componente sanitario, y de forma parcial en sus componentes no estrictamente sanitarios, para ser trabajados por la Comisión Interministerial de Salud Mental. En el próximo capítulo profundizaremos sobre este último punto, ampliando sobre los avances de los componentes no sanitarios de la reforma, y en las articulaciones interministeriales.

- e. Creación del programa Buenos Aires libre de manicomios (Res. 2805/2021)

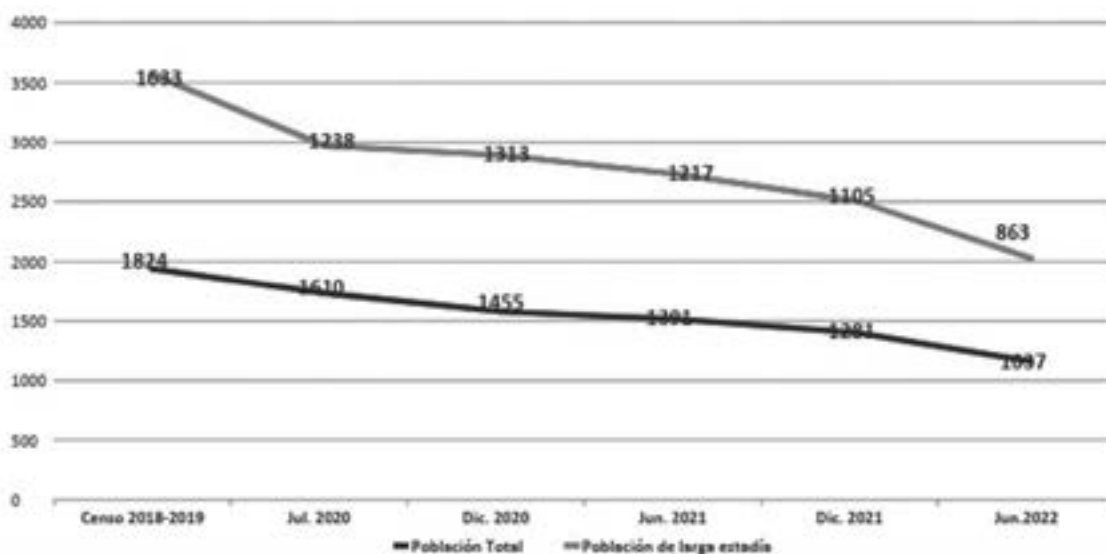
La creación del programa “Buenos Aires libre de manicomios” es una herramienta necesaria para dar impulso, fortalecimiento y despliegue a los procesos de externación de forma cuidada y sustentable como parte sustancial de la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos y de la garantía de los derechos de las personas.

El programa tiene como objetivo contribuir al impulso, desarrollo e implementación de procesos de externación de base comunitaria que contemplen los obstáculos para su viabilidad y sustentabili-

dad destinados a todas las personas institucionalizadas en los hospitales neuropsiquiátricos, en el marco de una política pública de salud mental basada en la restitución de derechos en la provincia de Buenos Aires desde una mirada interdisciplinaria y un enfoque intersectorial. Asimismo, contribuye al desarrollo de la reconversión de los neuropsiquiátricos sustituyendo el manicomio por espacios comunitarios plasmados en los proyectos de cada hospital en los componentes no sanitarios (parques, polos educativos, centros culturales, planes de vivienda, etc.).

Avances

A junio de 2022 se realizaron 632 externaciones de personas usuarias que se encontraban residiendo en los neuropsiquiátricos, gran parte de ellas con estadías prolongadas de más de diez años. Hoy viven en la comunidad con distintos niveles de apoyo y acompañamiento, garantizándoles la plena restitución de sus derechos.



Se consolidaron 181 viviendas que funcionan como casas en la comunidad con diferentes sistemas de apoyo y cuidados, provistas por recursos del Ministerio de Salud, la Fundación Banco Provincia y las Cooperadoras de los Hospitales Neuropsiquiátricos.

A junio de 2022, 343 personas recibían apoyos para la vida en comunidad por parte de los cuatro hospitales, en unidades residenciales con distintos niveles de apoyo gestionadas por los hospitales.

2.2 Adecuación y ampliación de la atención en salud mental en los hospitales generales de la provincia de Buenos Aires

De acuerdo a lo establecido en el art. 28 de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley Nacional n° 23.592. En esta línea, hemos articulado diferentes acciones para la ampliación y el fortalecimiento de la atención en salud mental en los hospitales generales de PBA.

Se incorporaron 38 equipos interdisciplinarios de salud mental a las guardias hospitalarias en hospitales generales de la provincia de Buenos Aires.

Se encuentran constituidos por ciento catorce profesionales con preparación para asistir en salud mental a las personas que ingresan a los Servicios de Urgencia.

Se incrementaron en un 27.5% las camas de internación por motivos de salud mental en hospitales públicos generales.

Se realizaron reformas edilicias, a través del programa “Salud a la Obra” que mejoran los espacios de atención en servicios de salud mental.

Capacitaciones a profesionales de la salud mental. Capacitaciones en contexto de urgencia en salud mental, capacitación en salud mental a enfermería.

Capacitación y elaboración de documentos de Lineamientos para Atenciones en Urgencias por Salud Mental.

2.3 Fortalecimiento y ampliación de los dispositivos comunitarios de atención en Salud Mental y Consumos Problemáticos

La Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública es parte del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires. La misma se encuentra organizada en una red de ciento cincuenta dispositivos de atención especializada en Salud Mental y Consumos Problemáticos con base en la comunidad, centrada en un enfoque de derechos y de continuidad de cuidados.

La Red Provincial de Atención de la Provincia de Buenos Aires está compuesta por dispositivos que intervienen en distintos niveles. Los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos (Ccsmcp), Centros Provinciales de Atención (CPA), Unidades Residenciales en Consumos Problemáticos (URCP), Equipos Móviles de Enlace Comunitario (EMEC), Extensiones Territoriales (ET) y el servicio telefónico de orientación y acompañamiento en salud mental, se encuentran emplazados a lo largo de todo el territorio, trabajando de manera articulada dentro de la región sanitaria a la que pertenezcan.

Se brinda asistencia en relación a la condición de salud mental y/o consumo problemático, en colaboración con la red comunitaria e intersectorial local, a través de una atención integral e integrada.

Parte del trabajo que realizan los equipos de salud está orientado a identificar actores (instituciones públicas, privadas y/u organizaciones sociales y comunitarias), prácticas instituidas, hábitos convivenciales, necesidades compartidas, potencialidades colectivas y las características de las redes de reciprocidad e intercambios propias de ese territorio, con el fin de potenciar el entramado comunitario. La estrategia de abordaje se desarrolla en torno a la persona usuaria, su existencia, su identidad, su historia, sus recursos, sus problemáticas, sus condiciones materiales.

La conformación de esta “Red” se orienta según los itinerarios, necesidades y modalidades de demanda de las personas y las comunidades. Como consecuencia se propone una oferta de atención flexible, dinámica y plural organizada en diferentes niveles, y abarca un amplio conjunto de acciones socio-sanitarias de prevención, de atención y territoriales, articulada a otros actores locales, a saber: centros de atención primaria de la salud, organizaciones comunitarias y otras instituciones como escuelas, comedores, otros.

Centro Provincial de Atención (CPA)

Son dispositivos públicos de salud, de atención y cuidado, con base territorial y comunitaria, en los que se brindan prestaciones de tipo ambulatoria. Tienen el propósito de prevenir, detectar, diagnosticar problemáticas vinculadas a salud mental, y promover y desarrollar procesos de atención ante problemáticas en salud mental, situaciones de consumos problemáticos y de violencia que se presentan en el ámbito de la salud pública.

En ellos se brinda asistencia en relación a la condición de salud mental y/o consumo problemático, en colaboración con la red comunitaria e intersectorial local, a través de una atención integral e integrada. Dependiendo de la complejidad, dentro de las actividades que se desarrollan, se encuentran las de orientación, admisión, entrevista, interconsulta, terapia individual, terapia grupal, terapia familiar y talleres, que pueden ser tanto en el establecimiento del CPA como en instituciones de la comunidad (escuelas, clubes de barrio, entre otros).

Cada CPA cuenta con un equipo interdisciplinario (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, talleristas, operadores y/o acompañantes terapéuticos, entre otros). Promueven acciones tendientes a generar sistemas de apoyo orientados a la continuidad de cuidados, en articulación con diferentes dispositivos de la red como los Centros Comunitarios, Hospitales Generales, Unidades Residenciales.

Estos dispositivos pueden además contar con una “Extensión Territorial” donde se hayan identificado obstáculos para la accesibilidad de la población a la atención en salud.

Prestaciones

Diagnóstico y/o evaluación de salud mental.

Orientación en salud mental a la persona y a sus referentes vinculares (presencial–a distancia/individual, grupal, otros).

Atención integral en salud mental.

Entrevistas individuales y grupales.

Terapia grupal y/o individual.

Visitas domiciliarias, acompañamiento y continuidad de cuidados, en situaciones en que la intervención lo requiera.

Interconsultas y articulación para la atención integral de salud con perspectiva interdisciplinaria.

Talleres comunitarios e institucionales.

Acompañamiento de procesos de rehabilitación psicosocial.

Intervenciones para el acceso al derecho al hábitat y acceso a la justicia cuando sea necesario.

Realización de evaluaciones e informes integrales y situacionales.

Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos (CCSM)

Los Centros Comunitarios son dispositivos ambulatorios orientados a la promoción, prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Desde estos dispositivos se generan acciones con el propósito de identificar, proporcionar, preservar y fortalecer los apoyos necesarios para cada persona, y dar respuesta a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de acuerdo a sus habilidades e intereses. El equipo de salud propicia la participación de la comunidad en general en las actividades propuestas.

Cuentan con un equipo interdisciplinario (psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, musicoterapia, terapia ocupacional, enfermería, talleristas, operadores y/o acompañantes terapéuticos, entre otros, que realizan tareas vinculadas a los procesos de atención con base en las comunidades y sistema de apoyos).

Prestaciones

Atención integral en salud mental.

Acompañamiento en domicilio, visitas domiciliarias, seguimiento y continuidad de cuidados, en caso de corresponder.

Entrevistas individuales y grupales.

Realización de evaluaciones e informes integrales y situacionales.

Talleres de artes, oficios.

Talleres comunitarios e institucionales.

Unidades Residenciales

Son dispositivos que brindan alojamiento y acompañamiento en un ambiente terapéutico. Desde estos dispositivos se generan acciones con el propósito de identificar, proporcionar, preservar y fortalecer los apoyos necesarios, mediante intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, y generar acciones para la inclusión social. Tienen una modalidad convivencial, e incluyen residencia de forma temporaria, y articulan con las redes de asistencia en salud mental propia de la comunidad y específica de la Red Provincial en Salud Mental y Consumos Problemáticos con base en la comunidad (CPA– Salud Mental, Centros Comunitarios).

Prestaciones

Atención integral en salud mental.

Acompañamiento en domicilio para las actividades de la vida cotidiana, en caso de corresponder.

Entrevistas individuales y grupales.

Realización de evaluaciones e informes integrales y situacionales.

Talleres de artes, oficios.

Talleres comunitarios.

Acciones intersectoriales.

Equipos Móviles de Enlace Comunitario (EMEC)

Constituyen una pieza clave para trabajar sobre las situaciones más críticas de las de urgencia y continuidad de cuidados. Realizan apoyo a las guardias hospitalarias, favoreciendo el acceso de situaciones de urgencia, así como también realizan seguimiento de situaciones de complejidad para la construcción de externaciones con continuidad de cuidados.

También hacen atención situada, realizando en muchas oportunidades evaluaciones de riesgo que podrían derivar en internaciones hospitalarias o domiciliarias, interviniendo y estableciendo esquemas de atención y medicación. Cuentan con botiquines y equipos entrenados y con capacidad de construir estrategias de cuidado. Deben tener una estrategia de enlace con las Fuerzas de Seguridad capacitadas, definidas por el Ministerio de Seguridad en caso de solicitarse la intervención en casos complejos.

Extensión Territorial (ET)

Se trata de un dispositivo que se refiere de manera directa al CPA más cercano, depende administrativamente de su estructura y comparte el mismo equipo de profesionales. Tiene un nivel de complejidad menor que el CPA, cuenta con una menor capacidad en las prestaciones que brinda (sobre todo en cuanto a los días y horarios de atención).

Se ubican en localidades con un número poblacional acotado o en el caso de municipios con mayor cantidad poblacional, ubicados en zonas alejadas al CPA de referencia, a fin de propiciar la accesibilidad. Las Extensiones Territoriales comparten la misma modalidad funcional que los CPA. Se trabaja priorizando el vínculo con otras instituciones y actores claves locales de la red ampliada para garantizar el abordaje interdisciplinario e intersectorial.

La puesta en marcha de la Red supuso metas y avances que incluyen:

Reformas edilicias, e incorporación de personal de salud, personal administrativo y de mantenimiento.

Realización de capacitaciones, cursos, diplomaturas para el personal de Salud; mediante las cuales se alcanzaron, hasta el momento, a 5.018 trabajadores.

Inauguración de dieciséis Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos con horario diario extendido y amplitud de propuestas terapéuticas, educativas, culturales, deportivas y socio-productivas en clave de inclusión social; se ampliaron los horarios de atención.

Creación de cuatro nuevos equipos móviles de enlace comunitario en cuatro regiones sanitarias, los cuales están compuestos interdisciplinariamente con el propósito de trabajar el abordaje de urgencias y situaciones de complejidad en salud mental con base en las comunidades.

Elaboración y presentación de pautas de Atención para las Fuerzas de Seguridad, junto con el Ministerio de Seguridad. Capacitación a las Fuerzas de Seguridad en la atención en urgencias.

Fortalecimiento de las líneas de atención telefónica en salud mental “0800 y CETEC-SALUD MENTAL, con amplio horario de atención, gratuitas y abiertas a toda la comunidad.

Construcción de doce Centros Comunitarios de Salud Mental y dos Unidades Residenciales en Consumos Problemáticos (obras nuevas), de los cuales seis fueron llamados a licitación, con fecha de apertura de sobres en febrero de 2023, con una inversión de \$2,193,757,730.63.- de pesos.

3. Componentes no sanitarios. Otras acciones que hacen a la reforma y al cumplimiento de los estándares internacionales

La complejidad y la multideterminación de la salud, y en particular de la salud mental, hace que sea imprescindible que las acciones e intervenciones tendientes al cuidado de la salud mental de las personas y los colectivos, así como de la atención de las problemáticas cuando estas se presentan, requieran de un abordaje desde múltiples miradas y actores. Así, la elaboración e implementación de políticas públicas inclusivas destinadas al cuidado y la atención de personas con situaciones en salud mental y/o consumos problemáticos, deben ser de carácter intersectorial, interministerial y participativo de acuerdo a lo ordenado en el marco normativo vigente y a la concepción de Estado que tiene el Gobierno de nuestra provincia.

Resulta necesario generar instancias de articulación interministerial que permitan construir ejes rectores de trabajo en otras carteras ministeriales, de modo que las políticas generales de los ministerios tiendan cada vez más a construir acceso y apoyos, y fundamentalmente a disminuir las barreras.

La intersectorialidad y participación comunitaria son ejes necesarios y complementarios, por ello, una estrategia de gestión de esta modalidad favorece la inclusión social de las personas en la comunidad, promoviendo la inserción laboral y mayor autonomía económica; las actividades de ocio y recreativas; el fomento de la cultura, educación, deporte y el apoyo a las personas y sus redes afectivas en un sentido amplio. La coordinación intersectorial y el logro de una cooperación efectiva coopera hacia el acceso a los dispositivos de atención y cuidados de salud y otros recursos disponibles localmente, contribuye a reducir los procesos de estigmatización, y posibilita el trabajo efectivo en pos de la promoción de la salud mental singular y colectiva.

La articulación con el poder judicial también tiene especial relevancia ya que determinados aspectos de la salud mental están alcanzados por el campo jurídico, como sucede en los procesos judiciales vinculados al ejercicio de la capacidad jurídica y la determinación de apoyos, así como también el control de legalidad de las internaciones involuntarias. Además, en la órbita penal, se definen medidas de seguridad y aspectos vinculados a los consumos problemáticos que también deben ser abordados desde un enfoque de “salud/salud mental” con perspectiva de derechos humanos. Las intersecciones referidas requieren de instancias coordinadas de trabajo para aunar criterios entre el ámbito de la salud y el ámbito judicial que redunden en beneficio de las personas usuarias de los dispositivos de atención y cuidados en salud mental, respetando su dignidad inherente, su autonomía, el acceso a los apoyos necesarios y a ser incluida en la comunidad sin discriminación.

Es de igual modo necesario, establecer vínculos estrechos con otras instituciones del contexto, tales como aquellas dependientes de otros organismos nacionales y provinciales y las propias de las comunidades locales, como las organizaciones civiles y productivas, y los municipios.

En este sentido, las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas que correspondan, deben implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos con base en la comunidad: entre los cuales se incluyen los servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, entre otros (Ley Nacional de Salud Mental, art. 11).

Creación de la Comisión Provincial Interministerial de Salud Mental

La Comisión Provincial Interministerial de Salud Mental y Consumos Problemáticos, fue creada en el ámbito del Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros (DECRE-2021-10-GDEBA-GPBA), en enero del año 2021 y tiene por objeto planificar, diseñar y coordinar políticas públicas de prevención, asistencia y cuidados en salud mental y consumos problemáticos, como políticas de inclusión de este grupo, asegurando la protección de los derechos humanos de las personas.

Es de destacar que es presidida por Jefatura de Gabinete de Ministros, aunque coordinada por el Ministerio de Salud, no tiene allí su rectoría. La Comisión está integrada por representantes de la Dirección General de Cultura y Educación, el Ministerio de Desarrollo de la Comunidad, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica, el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual, el Ministerio de Seguridad, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Comunicación Pública.

Vida cultural

Tal como plantea la Convención Internacional de las personas con Discapacidad, para alcanzar la inclusión social, es necesario garantizar el derecho a participar, en iguales condiciones, en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte. Para ello, los Estados Partes, deben adoptar todas las medidas para asegurar el acceso a material cultural en formatos accesibles y que tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos.

En lo concerniente al deporte como integrante de la vida cultural, desde el Ministerio de Salud, en articulación con la Subsecretaría de Deportes del Ministerio de Desarrollo de la Comunidad, se han realizado las gestiones para la participación de usuarios de los hospitales neuropsiquiátricos, en el Programa Juegos Bonaerenses 2022 y logró conformarse por primera vez una actividad que ha incluido de manera formal a usuarios de servicios de salud mental en las distintas disciplinas que conforman los mencionados juegos (deportes, arte, música, poesía, literatura, canto, danza, etc., de forma individual y grupal). En dichos juegos, han participado un total de ciento veintisiete usuarios, internados y externados de los cuatro hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia tanto en disciplinas deportivas como culturales.

Así mismo, de forma más periódica y ya no de eventos puntuales, en articulación con la Subsecretaría de Promoción Sociocultural del Instituto Cultural de la Provincia de Buenos Aires, desde noviembre de 2021, se dictan veinte talleres culturales en los cuatro hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia (cinco por cada hospital). Con la participación de más de quinientas personas usuarias de los servicios de salud mental y otras personas de la comunidad). Los mismos se dividen en talleres de Educación física, Danza, Telar, Arte, Música, Mosaiquismo, Artes audiovisuales y serigráficas, Cerámica, Literatura, Murga y Percusión, Reciclado y Artes escénicas.

Las actividades tuvieron su realización en Parques Culturales, Centros Comunitarios y otros ámbitos hospitalarios.

Las actividades en curso en las salas significan un impacto en términos de salud y rehabilitación psicofísica, generando mejores condiciones en las personas para las externaciones y la vida en comunidad. En las actividades extramuros, se permitió las salidas progresivas de personas lo cual favorece su proceso de externación. Otra de las actividades culturales en articulación con el Instituto Cultural es la realización de murales con participación activa de usuarios y la comunidad.

De igual modo y en la misma línea de articulación con el Instituto Cultural de la provincia de Buenos Aires, desde noviembre de 2021 se vienen implementando en los Centros Provinciales de Atención y los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos, que conforman la Red Provincial de dispositivos con base en la comunidad, talleres de música desde una perspectiva de musicoterapia comunitaria, con estrategias comunitarias y talleres de música, artes y oficios para Infancias y Juventudes.

Tales talleres cuentan con la participación de usuarios de los dispositivos y son también abiertos a la comunidad.

Derecho a la Educación

El art. 24 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad parte del reconocimiento del derecho de las personas a la educación, sobre la base de un acceso de libre discriminación e igualdad de oportunidades. En esta línea, los Estados Partes deben asegurar un sistema educativo inclusivo en todos los niveles y enseñanza a lo largo de la vida, garantizando a su vez que las personas con discapacidad no queden excluidas del mismo, atendiendo a potenciar la personalidad, creatividad y potencial de cada persona, promoviendo la dignidad, la autonomía, la autoestima y el talento de cada una de ellas. Se promueve la participación de las personas con discapacidad en toda la comunidad, a partir del compromiso de los Estados Partes en asegurar la plena participación en la sociedad libre, al mismo tiempo que, también asegurará que se hagan los ajustes pertinentes en función de las necesidades de todos.

Desde el Ministerio de Salud se ha establecido una articulación con el Ministerio de Cultura y Educación de la provincia de Buenos Aires que posibilite la creación de espacios educativos en los cuatro hospitales neuropsiquiátricos de la provincia en el marco de la reconversión de los hospitales en espacios comunitarios, dándose lugar a la apertura de Centros de Formación Profesional (CFP) y Centros de Formación Laboral (CFL) con el fin de promover y fortalecer los planes de adecuación. Se implementaron acciones para la creación, desarrollo y apertura de polos educativos y socioproductivos en los hospitales, con el objetivo de contribuir a la inclusión y autonomía de usuarios en salud mental, permitiendo la habilitación de espacios educativos de calidad, con certificación oficial para personas que aún se encuentran en internación, para trabajadores y para la comunidad.

En el Hospital Esteves se realizaron seis cursos durante el primer semestre del 2022, en el que participaron 91 personas.

En el Hospital Cabred se proyecta para el corriente 2023 la apertura de una subsede del Centro de Formación Profesional (CFP) con la intención que el hospital se convierta en un espacio de referencia educativa en la comunidad; el inicio de cinco cursos cortos en función de las necesidades y temáticas de su alrededor (Mantenimiento de edificios, Restauración de muebles, Huerta, Jardinería y Cocina).

En el Hospital Korn se prevé el inicio de cursos de formación para el corriente 2023 en:

Recreación de grupos, Elaboración de alfajores regionales, Operador en elaboración de conservas de frutas y hortalizas, Oratoria, Asistente jurídico y notarial, Serigrafía, Encuadernación, Animador sociocomunitario especializado en música, Animador sociocomunitario especializado en artes visuales, Auxiliar de familia especializado en cuidado de personas con discapacidad.

Nivel de vida adecuado y protección social

Subprograma de Externaciones de Salud Mental Bonaerense Acompañadas –SUPEBA–

A través del art. 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se establece que los países deben reconocer el derecho a un nivel de vida y de protección social adecuado, incluyendo viviendas, servicios y asistencia públicos en lo que respecta a las necesidades relacionadas con las discapacidades, y asistencia para el pago de los gastos conexos en caso de pobreza.

Asimismo, en el marco de la ley n° 14.580 mediante la cual la provincia de Buenos Aires adhirió a la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, se estableció como Autoridad de Aplicación al Ministerio de Salud de la Provincia, quien en conjunto con otros organismos del estado ha trabajado y trabaja para desarrollar cada artículo de la Convención diseñando políticas que lleven garantías a la vida de los usuarios. Es en ese sentido que, desde el entonces Ministerio de Desarrollo Social, se creó por decreto el “Subprograma de Externaciones de Salud Mental Bonaerense Acompañada” –SUPEBA– destinado a personas en situación de prealta y alta, que se encuentren realizando tratamiento ambulatorio bajo pedido de los equipos de salud de referencia.

Dicha iniciativa busca colaborar y promover de forma ágil y eficiente el acceso a la vivienda con fines habitacionales, a la protección de la salud y la búsqueda de empleo en pos de la inclusión social; sin embargo, en su inicio los criterios de asignación del beneficio no eran estrictamente equitativos, motivo por el cual hacia fines de 2021 los cambios impulsados fueron tanto cualitativos como cuantitativos. Los subsidios los cobra la persona directamente con su DNI o por operación bancaria por cajero.

En primera instancia, se trabajó en nuevos criterios objetivos de asignación –poseer dos años de internación como mínimo, ser usuarios en condiciones de ser externados de manera perentoria y la percepción o no de otro beneficio como pueda ser jubilación o pensión– para así construir también “Criterios de Equidad” que permitan equilibrar la inequidad de base en su distribución, siendo éstos la cantidad de Supeba previos asignados a cada hospital y las personas con Supeba que se encuentran externadas e internadas. A su vez, se agregaron criterios secundarios como el perfil etario de la población internada.

De esta manera, la distribución se ha ido construyendo de forma más equitativa y la cantidad de beneficios ha aumentado, a febrero de 2023, a setecientos once (siendo 381 los que estaban asignados al comienzo de la gestión). Respecto de los cambios cuantitativos, también se encuentran las subas en los valores de los montos percibidos, llegando a un aumento total durante este período político del 950%.

Seguro de caución Fundación Banco Provincia

La iniciativa llega frente a la problemática de dificultad de acceso a las viviendas para aquellas personas en condiciones de ser externadas y que cuentan con condiciones económicas para afrontar un alquiler pero que poseen dificultades para encontrar viviendas debido a la falta de acceso a las garantías propietarias. A tal efecto, es que Provincia Seguros S.A garantiza la cobertura de un seguro de caución a efectos de garantizar la localización de un inmueble y la Fundación Banco Provincia a asumir la totalidad del costo de los mismos a toda persona indicado por el Ministerio de Salud quien recibirá el seguro de manera gratuita.

Con esta medida se contribuye a sortear otra de las grandes barreras para la inclusión social en la comunidad que es el acceso al derecho a la vivienda.

Viviendas

En el marco de la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos, se puso en marcha un proyecto habitacional en cumplimiento con la LNSM. El mismo está destinado a personas usuarias de salud mental que se encontraban viviendo en los hospitales monovalentes sin criterio de internación y permanecían en el lugar por la falta de vivienda. Este proyecto tiene como objetivo favorecer los procesos de

externación, generando una mayor inclusión en la vida comunitaria, promoviendo los lazos sociales y garantizando el pleno ejercicio de los derechos de las personas, tales como el acceso a la vivienda.

Las viviendas forman parte de las políticas estructurales que acompañan la transformación que se está llevando a cabo en la provincia de Buenos Aires para lograr un sistema de salud más justo, equitativo y solidario.

La mencionada política de externación a través de las viviendas construidas, es sostenida por lo que denominamos "Sistema de Apoyo para la Vida en Comunidad". El mismo posee una diferenciación entre sistema de Apoyo Intensivo y Sistema de Apoyo Leve.

De este modo, los Apoyos Intensivos consisten en equipos formados por trabajadores que se incorporan a vivir en las casas, pudiendo ser cuidadores o enfermeros dependiendo del requerimiento de los usuarios y llevando adelante tareas de acompañamiento en lo concerniente a dificultades en la autonomía para lograr un mayor desarrollo del sostenimiento de la vida comunitaria.

En el caso de los Apoyos Leves, se trata de equipos de profesionales de la salud y no profesionales (acompañantes terapéuticos, operadores sociales, musicoterapeutas, entre otros) que llevan a delante visitas a las casas con el objetivo de trabajar la rehabilitación y habilitación de las funciones afectadas y/o pérdidas por los años de cronificación en el manicomio (se realizan tareas de compra de insumos, higiene y limpieza del hogar, cocina, manejo de la autonomía en medios de transporte y participación en eventos sociales). Dependiendo del fortalecimiento y los grados de autonomía que se van logrando a partir del trabajo realizado, se van retirando los apoyos que ya no son necesarios y continúan aquellos que aún sean recomendables para acompañar la progresión hacia una mayor autonomía.

Además, es importante destacar que los apoyos en las casas de convivencia y en las viviendas familiares, son llevados adelante por equipos provenientes del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires de múltiples formaciones y trayectorias, que en su mayoría no consisten en personal médico, lo cual genera un salto cualitativo inherente al proceso de transformación debido a la separación del modelo médico hegemónico necesaria para la construcción de una salud integral comunitaria.

Actualmente hay al menos 181 viviendas asistidas en la comunidad, en las que viven 386 personas. Estas viviendas se encuentran en diferentes puntos de la ciudad, y cuentan con distintos niveles de apoyo, acompañadas por equipos de salud, profesionales que realizan trabajo en la comunidad, y por Equipos Móviles de Enlace Comunitario. El modelo de las mismas es de tipo comunitario, por lo que las personas conviven por elección, junto con otras, con quienes han construido vínculos significativos y pautado normas convivenciales. De esta manera, se pretende garantizar el derecho de las personas a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad de acuerdo al art. 19 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Las viviendas, –actualmente en su mayoría alquiladas– en algunos casos están financiadas enteramente por la provincia, otras por las personas que habitan en ellas, a través de los seiscientos diecisiete subsidios para la externación otorgados y el ingreso que se genera por los proyectos sociolaborales, y los 393 programas de inclusión laboral que posibilitan a las personas iniciar la administración y gestión de sus propios recursos, así como firmar ellas los contratos de alquiler utilizando también los seguros de caución para las garantías.

Para 2023, luego de tres años arduos de trabajo sobre diferentes proyectos habitacionales a gran escala, hemos llegado a tener licitadas y adjudicadas obras de vivienda con una reserva de ciento doce viviendas que serán para personas con discapacidad psicosocial las cuales estarán emplazadas en el marco de nuevos barrios a construirse.

Proyectos de construcción de viviendas para tres hospitales en curso:

Hospital Interzonal "Dr. José A. Estéves": Se realizó un convenio con Procrear para la construcción de sesenta a través del Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación, en el marco de un proyecto habitacional de mil viviendas.

Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”: Dentro del proyecto de construcción de 175 casas en la Localidad de Melchor Romero, que mantiene en articulación a los Ministerios de Mujeres, Hábitat y Salud de la provincia de Buenos Aires, treinta viviendas serán destinadas a personas usuarias de salud mental. Otras diez casas ya se han construido y comenzado a vivir personas en esquemas de viviendas de cuatro personas.

Hospital Subzonal Especializado Neur “Dr. Domingo J. Taraborelli”: Se realizó un convenio con el puerto de Quequén, en Necochea, para la construcción de dos casas y un local comercial para venta de productos que permitirá a la cooperativa local de usuarios proyectar y expandir el emprendimiento socio laboral.

Por otro lado, en conjunto al Ministerio de Salud y de Desarrollo Territorial y Hábitat de la Nación, se está llevando a cabo un proyecto para la construcción de cuatro viviendas del tipo “De estancia variable a prolongada con apoyos para la vida autónoma” en la localidad de Berisso, destinadas a usuarios de salud mental. Este tipo de dispositivos con base en las comunidades, cumple con el objetivo de promover la garantía de derechos, la construcción de mayores grados de autonomía e incremento de participación en la comunidad. La construcción y el emplazamiento de estas viviendas se darán en territorios ya consolidados como barrios, donde cuentan con diferentes establecimientos (de tipo deportivos, vecinales, recreativos, etc.) y centros de salud en las cercanías, la accesibilidad a los servicios básicos y al transporte público.

Inversión total en viviendas: \$2.005.094.580,11.-

Derecho al trabajo y Empleo

Desde el Estado provincial, se promueven programas que permiten generar oportunidades de empleo, capacitación y desarrollo laboral, promoviendo el desarrollo de cooperativas y emprendimientos.

Estas acciones están en línea con La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que reconoce el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones con las demás, ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado laboral que sea abierto, inclusivo y accesible (art. 27). Además, se encuentran en consonancia con lo previsto en el art. 11 de la LNSM, que compromete a las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas que correspondan, a implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. “Se debe promover el desarrollo de dispositivos con base en la comunidad: entre los cuales se incluyen los servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, entre otros”.

“Producir Salud” Unidades productivas de alimentos

El proyecto “Producir Salud”, inició en el año 2023, y articula acciones entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Agrario de la provincia de Buenos Aires. Tiene como propósito fortalecer los emprendimientos agroalimentarios que se desarrollan en los ámbitos de “salud/salud mental”, en el marco del resto de los emprendimientos, reconociéndolos como unidades productivas de alimentos a los dispositivos, y a todos los participantes como “productores”.

De este modo se busca contribuir de manera articulada al desarrollo territorial, la formalización de las actividades productivas, el empleo, la capacitación continua y en definitiva procurar la mejora en la calidad de vida de las comunidades, en articulación con sus instituciones de referencia. Asimismo, resulta de especial importancia, que estas acciones favorezcan el refuerzo, restitución o promoción de los lazos sociales, esto hace referencia a la necesidad de que los distintos sectores del Estado como así también el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil trabajen de manera coordinada.

A su vez, estrategias de Inclusión Sociolaboral se encuentran en curso a través de la implementación de los planes de adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos de la provincia, a los principios establecidos en la LNSM.

Estos dispositivos articulan con instancias de capacitación y desarrollo de habilidades, y funcionan insertos en la comunidad, preferentemente emplazados en sedes propias.

Considerando entonces la esfera sociolaboral, encontraremos que hay dispositivos de máximo nivel de apoyo por estar en relación a un efector de salud, hasta intervenciones en la comunidad que tienen que ver con equipos móviles de bajo nivel de apoyo, experiencias inclusivas que ya no están bajo el cuidado de un establecimiento de salud. Los apoyos necesarios pueden pensarse desde la participación de roles específicos como facilitadores y/o capacitadores. La importancia de este aspecto hace a la inclusión social y laboral genuina.

Del mismo modo, la provincia de Buenos Aires cuenta con una Red de Asistencia y Acompañamiento a la producción, comercialización y abastecimiento local de agroalimentos integrada por diversos programas del Ministerio de Desarrollo Agrario con el objetivo de fomentar la producción y el consumo de “Alimentos Bonaerenses” a través de la asistencia, formalización y capacitación a productores y comercializadores.

Con este proyecto se busca generar un trabajo conjunto con los Dispositivos de Inclusión Sociolaboral que funcionan en los Centros Provinciales de Atención (CPA), Centros Comunitarios de Atención en Salud Mental (CCSM), Unidades Residenciales (UR) los hospitales especializados en salud mental, las Redes de Comercialización, Producción, Capacitación y Extensión del Ministerio de Desarrollo Agrario, las sedes de organismos nacionales, provinciales y municipales presentes en el territorio, las organizaciones de productores y comerciantes locales, cooperativas sociales conformadas en parte o su totalidad por personas usuarias del sistema sanitario en salud mental y con otras organizaciones que sean protagonistas del desarrollo local, el desarrollo sustentable de las comunidades, el respeto al medioambiente y la inclusión y acceso a la salud.

La articulación de un programa provincial de producción de alimentos de cercanía vinculado con el fortalecimiento de las estrategias de inclusión en “salud/salud mental” con base en la comunidad representa un hito importante en razón de la reforma del sistema sanitario bonaerense, y en la articulación interministerial e intersectorial, para el cumplimiento de los derechos humanos y sociales de las personas.

Actualmente por esta línea de trabajo, se encuentra en proceso de habilitación como PUPA (Pequeña Unidad Productora de Alimentos), al sector destinado a Apicultura y la Chanchería, pertenecientes al Hospital Cabred. La Panadería y Bares que se desarrollan en el Hospital Esteves, y la fábrica de dulces “Dulcemente” establecida en el Hospital taraborelli, de Necochea. Se capacitó para la certificación de habilitación para la Manipulación Segura de Alimentos a un total de 34 usuarios participantes de los proyectos productivos.

Además, se brindan apoyos materiales y recursos humanos para el desarrollo de polos agroecológicos y huertas en los Hospitales Korn, Cabred, Esteves y Taraborelli, contratando a promotores de la agroecología familiar, encargados de capacitar y coordinar estos emprendimientos.

Programa “Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo”

El Programa “Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo”, es un programa perteneciente al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Nación, dirigido a personas mayores de dieciocho años con discapacidad, y ofrece acompañamiento a personas con discapacidad en el desarrollo de su proyecto ocupacional para insertarse en empleos de calidad y/o desarrollar emprendimientos de manera independiente.

Prevé su implementación a través de las siguientes líneas de acción: 1) línea de Actividades Asociativas de Interés Comunitario, que se instrumenta a través de proyectos formulados y ejecutados por organismos públicos o entidades privadas sin fines de lucro, dirigidos a personas con dificultades funcionales para el desarrollo de tareas operativas por limitaciones mentales, intelectuales, cognitivas o funcionales de carácter psicosociales o psiquiátricas, y 2) la línea de Actividades de Apoyo a la Inserción Laboral, que promueve la inclusión de trabajadores con discapacidad en prestaciones formativas o de promo-

ción del empleo ejecutadas o impulsadas por este Ministerio, que comprendan acciones de orientación laboral, de apoyo a la búsqueda de empleo, de formación profesional, de certificación de estudios formales, de asistencia al desarrollo de emprendimientos independientes y/o de inserción laboral.

Actualmente, participan de esta línea un total de 786 usuarios, en 87 proyectos. La promoción de esta actividad, fue dada en conjunto con el Ministerio de Salud de provincia de Buenos Aires, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, y las Direcciones de los Hospitales Cabred, Esteves y Taraborelli.

| Componentes Socioproductivos de Inclusión de los Proyectos de Transformación | |
|---|--|
| Hospital | Tipo de proyecto |
| CABRED | Tambo Chanchería Horticultura y polo de siembra Tala y poda para leña y caña Panadería Apicultura Carpintería–Restauración de muebles–Serigrafía |
| ESTEVES | Huerta agroecológica Compostera Granja Kiosco/Bar Panadería Textil: Pañalera Cerámica |
| KORN | Polo Agroecológico/Frutihortícola Panadería Elaboración de Textiles Artesanías |
| TARABORELLI | Elaboración de dulces artesanales <i>DulceMente</i> Carpintería Limpieza y Pintura Huerta y Vivero <i>Raíces</i> |

4. Otros componentes que hacen a la transformación del sistema de Salud

Atención y acompañamiento a Infancias y Juventudes

La complejidad que presentan las situaciones de consumos problemáticos, violencias, medicalización de las infancias y situaciones de salud mental, precisan respuestas integrales e igual de complejas, que promuevan prácticas asistenciales, preventivas, de promoción y formación de los equipos de salud.

La implementación de estas políticas requiere de la articulación transversal con todos los efectores intra e interministeriales que intervienen en los distintos aspectos de la salud mental de las infancias y juventudes. Por tal motivo el Programa se vincula con Direcciones y Programas de diferentes Subsecretarías del Ministerio de Salud, y con los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, la Dirección General de Cultura y Educación, el Organismo Provincial de la Niñez y Adolescencias, Ministerio de Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, Ministerio de Seguridad y juzgados actuantes. Del mismo modo, la articulación se extiende a aquellas instituciones relacionadas con NNyJ.

Amparados en las leyes vigentes en nuestro país (Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, ley n° 14.580 y ley n° 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes) promueve el acompañamiento desde una mirada respetuosa de las potencialidades de cada NNyA, para la garantía de sus derechos.

Creación del Programa Infancias y Juventudes

El programa implementa políticas públicas de atención y cuidado de la salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes bonaerenses de cero a dieciocho años. Propone una atención en salud mental desde un enfoque integral, con perspectiva comunitaria y de derechos, a través de la construcción de una Red de buenas prácticas en Salud Mental y busca mejorar la accesibilidad a los dispositivos y servicios de salud de la provincia de Buenos Aires.

Líneas de acción:

Participación en la Mesa Intraministerial Niñas no Madres, en conjunto con otras direcciones del Ministerio de Salud. Se articuló en la construcción de informes y registros, así como también colaboró en los casos que requerían asistencia en salud mental. Durante el período 2022 se llevaron a cabo cien abordajes.

Elaboración de lineamientos para la formación de equipos de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género. En articulación con el área educativa de la Dirección de Promoción y Prevención, se han realizado capacitaciones a 191 trabajadores que realizan sus funciones con escuelas correspondientes a las doce regiones sanitarias.

Dictado de curso superior de formación destinado a equipos de Educación, Niñez y Salud del ámbito Nacional, Provincial y Municipal, en la Escuela de Gobierno "Florencia Ferrara" del Ministerio de Salud de la PBA. Asistencia de trescientos ochenta participantes.

Normas de habilitación y fiscalización para instituciones de salud mental y consumos problemáticos del sector privado

Las normativas vigentes que regulan las inspecciones en instituciones de salud mental se centran predominantemente en las condiciones edilicias, perdiendo de vista aspectos relativos al modelo de atención y/o vulneraciones de derechos humanos.

La norma aborda una problemática histórica como lo son las habilitaciones de nuevas instituciones en un marco regulatorio adecuado al texto de la Ley Nacional de Salud Mental. Los dispositivos que se describen en ella se caracterizan por su diversificación, a modo de ejemplo, las unidades residenciales con diferentes niveles de apoyo. Lo que se busca introducir a partir de dicha norma es una lógica de prevención, promoción y atención de salud mental promoviendo la atención de la salud mental desde el paradigma de salud mental con base en las comunidades, respetando y garantizando la inclusión socio-comunitaria de las personas. Incorpora a los consumos problemáticos dentro de la lógica de la salud mental. Permitirá contar con datos sociosanitarios actualizados y fidedignos a fin de poder monitorear, evaluar y planificar los modelos de abordaje. Incluirá a los dispositivos de atención de la salud mental en el campo de la salud en general e incorporará por primera vez la atención integral de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, así como también se transversalizará por primera vez la perspectiva de género.

Se pretende garantizar un tratamiento respetuoso de los derechos de las personas con problemáticas de salud mental y consumo problemático de sustancias, regularizar la implementación del consentimiento informado, garantizar una continuidad de cuidados en salud mental entendiendo los procesos desde la perspectiva de salud-enfermedad y cuidado.

Organismos que participaron del proceso de elaboración y prestaron conformidad

A nivel nacional se consultó a la Secretaría de Derechos Humanos, la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar). A nivel provincial participaron la Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y

Derechos Humanos, el Órgano de Revisión Nacional de la ley n.º 26.657, el Órgano de Revisión Local, la Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización del Ministerio de Salud, la Dirección Provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud y Subsecretaría Técnica, Administrativa y Legal del Ministerio de Salud.

Monitoreo y fiscalización

Actualmente, más de cincuenta instituciones ya iniciaron su proceso de habilitación y adecuación. Se proyecta la adecuación del total de las instituciones habilitadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos del sector privado según la nueva norma de habilitación y fiscalización para 2027: se incrementarán las políticas de fiscalización sanitaria, la ampliación de equipos y la integración de las áreas de fiscalización y salud mental.

Protocolos de actuación y capacitación a las Fuerzas de Seguridad

Los Estados deben asumir las medidas necesarias para garantizar la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tomando todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros.

En la provincia de Buenos Aires, las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales tienen la obligación de intervenir ante casos de crisis de salud mental, que implican un riesgo para la integridad de la persona afectada y/o la de terceros, como así también ante situaciones de consumo de sustancias psicoactivas que se producen en el espacio público (aunque estas no representan necesariamente una crisis en los usuarios). Es en este sentido que resulta fundamental el establecimiento de lineamientos claros cuyo propósito es lograr intervenciones eficaces y respetuosas de los Derechos Humanos por parte de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales.

Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público

En el contexto mencionado anteriormente, fueron creadas las “Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público” a través de una resolución conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Seguridad de la provincia de Buenos Aires, con previa consulta y asesoría de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental, la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires, y el Órgano de Revisión Local de Salud Mental.

El eje fundamental de las pautas reside en trabajar en pos del desescalamiento de las situaciones de crisis y la evitación del uso de la fuerza; la finalidad de la actuación coordinada que se busca a partir de esta herramienta es priorizar el cuidado y la seguridad de las personas facilitando las condiciones para el acceso de los servicios de salud y sociales. Para su implementación en un principio nos encontramos desarrollando su presentación en los Municipios de la provincia de Buenos Aires, y luego se prevén mesas de trabajo donde los diferentes organismos involucrados trabajarán en mayor detalle el documento, en miras de generar las primeras articulaciones entre Municipios, Salud y Seguridad –en sus diferentes niveles y dependencias institucionales– y en otros casos aportar al fortalecimiento de las mismas.

Las capacitaciones que nos encontramos llevando a cabo tienen una duración de tres horas y su formato supone dos momentos: una apertura política con la presencia de altas autoridades provinciales y municipales (Subsecretaría de Salud Mental, Subsecretario de Seguridad, Directores, Secretario de salud municipal, Referente de SM y/o Consumos municipal) y luego la capacitación propiamente dicha en donde además de los lineamientos generales se trabaja sobre casos.

Los actores convocados son, en principio, servicio local, hospitales municipales y sistemas de emergencias, equipos regionales, equipos móviles, hospitales provinciales y personal policial. Además, según la particularidad de cada territorio se define abrir la convocatoria a más actores o no.

Entre septiembre de 2022 y marzo de 2023, ya se han realizado capacitaciones en nueve municipios de la provincia de Buenos Aires –Pilar, Moreno, Alberdi, Chivilcoy, Partido de la Costa, Mar del Plata, Villa Gesell, Berisso, Quilmes– alcanzando a capacitar a más de seiscientos agentes de las Fuerzas de Seguridad.

5. Inversión en Salud Mental

El campo de la salud mental y los consumos problemáticos históricamente se ha caracterizado por una triple problemática: por un lado, la escasa relevancia e inversión en las agendas públicas, concentrando la mayor inversión en los modelos asilares/manicomiales, por otra parte, una dificultosa integración al sistema de salud, y finalmente, una dispersión y falta de articulación de los dispositivos de abordaje existentes.

Para superar estos obstáculos, la política presupuestaria actual se enmarca en un sistema solidario que integra las distintas estrategias ministeriales e interministeriales, jerarquizando la importancia y rol de la salud mental dentro del sistema de salud, incrementando estratégicamente la inversión. De acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657/10 en su art. 32

El Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la ciudad autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Durante el 2022 la Subsecretaría de Salud Mental invirtió \$3.949.554.000.- de los cuales:

- El 82% se destinó a gastos de personal por \$3.123.289.000.-
Cabe destacar que esto incluye la incorporación de 1.851 nuevos trabajadores (profesionales, enfermeros, cuidadores, acompañantes terapéuticos etc.).
- Se destinó para transferencias en subsidios a instituciones, cooperativas y ayudas sociales a personas \$33.390.000.-

En relación a la inversión en los cuatro hospitales neuropsiquiátricos más la red de dispositivos comunitarios fue de \$6.277.626.000,00.-

Por otra parte, la dirección de infraestructura del Ministerio de Salud provincial realizó una inversión total de \$191.367.536.- en obras nuevas y reparaciones edilicias.

En resumen, el Ministerio de Salud realizó una inversión en salud mental total de: \$10.418.547.536,77.- (USD 52.180.923,44) con fondos que provienen del presupuesto de gastos y recursos de la administración provincial.

A este número se le suman **otras inversiones del gobierno provincial** realizadas en el 2022, correspondientes a otras fuentes de financiamiento por un total de \$51.312.210,74.-; con el objetivo de fortalecer la integración de la salud mental y generar líneas de investigación.

Se firmó un convenio entre Provincia Seguros y el Ministerio de Salud para otorgar seguros de caución como garantía en el alquiler de viviendas de personas que salen de internaciones prolongadas se extienden hasta la suma de \$3.190.687,32.-

Se incorporaron talleristas en los hospitales neuropsiquiátricos y en la red de dispositivos comunitarios a través del Instituto Cultural cuya inversión asciende \$18.000.000.-

Junto con el Ministerio de Desarrollo de la Comunidad y el Subprograma de externación de salud mental bonaerense asistida se invirtió en el 2022 \$50.688.000,00.- y para el 2023 la inversión asciende \$164.730.000.00.-

Si bien parte de la inversión proyectada durante el 2022 ya fue ejecutada, se espera para el 2023 poder alcanzar el máximo proyectado:

- En Planes de Viviendas: \$2.005.094.580,11.-
- En nuevos centros comunitarios: \$2.193.757.730,63.-

Resumen

| | |
|---|------------------------------|
| Inversión Total realizada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. | \$10.418.547. 536,77.- |
| Inversión de otras áreas de gobierno y fuentes de financiamiento | \$4.486.773.208,80.- |
| Total | \$14.905.320.745.50.- |

6. Consideraciones finales

Desde el Ministerio de Salud de la provincia Buenos Aires, a través de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, se ha iniciado una reforma profunda del modelo de atención y cuidados en salud mental, que implica el fortalecimiento, ampliación y consolidación de un modelo de atención con base en la comunidad. Para la transformación e integración del sistema de “salud/salud mental”, se requiere la continuación y profundización de las líneas de trabajo aquí expuestas.

El manicomio ha sido un analizador profundo del sistema de salud mental que hay que modificar, a la vez que un analizador de la manera social de tratar el sufrimiento subjetivo que se caracteriza por el aislamiento, estigmatización, asociado a la idea de peligrosidad, con un fuerte corte biologicista y con efectos de cronificación.

Proponemos abordajes en la salud mental que la conciban como una dimensión inherente de la vida humana que nos atraviesa a todos, no exclusivamente en la patología, sino en una dimensión mucho más profunda, compleja y extensiva a todos y todas: adultos, jóvenes, niñas y niños y personas mayores.

Las estrategias vinculadas a la red de dispositivos con base en la comunidad, el fortalecimiento de los servicios de emergencia, de internación y residenciales para situaciones agudas de alto riesgo y manejo de episodios de crisis, deben estar basados en la comunidad, con internación en hospitales generales, viviendas con apoyo y otras modalidades de acompañamiento residenciales. La capacitación y supervisión permitirá proveer elementos básicos ligados a la atención y acompañamiento de las personas a partir de criterios interdisciplinarios, intersectoriales y comunitarios, y de este modo contribuir en la accesibilidad en salud mental, y en la distribución del alcance de las atenciones, en las buenas prácticas en torno a la medicación y el ejercicio del derecho a la salud. La formalización de las redes, la articulación de los espacios de atención territoriales, y la creación y ampliación de dispositivos intermedios a partir del fortalecimiento de la infraestructura existente y por crear, permitirá sostener los procesos de atención por fuera de los ámbitos hospitalarios, basados en los principios de la atención primaria de la salud y en el fortalecimiento de los lazos sociales.

Lo trabajado a lo largo de estos tres años puede sintetizarse como una etapa de consolidación de un enfoque acerca de la salud mental y una insistente vocación por jerarquizarla e integrarla al sistema de salud a la vez que promover y concientizar sobre la necesidad de contar con apoyos que deben surgir de otras áreas del Estado y ser promovidas desde nuestro gobierno provincial. Para ello hemos trabajado en espacios de articulación y diálogo interministerial e intersectorial con el objetivo de diseñar políticas públicas integrales para el pueblo bonaerense.

(2023, marzo). *Presentación ante Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. [en línea]. La Plata: Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

7. Referencias

Convención de la Personas con Discapacidad (2008). Organización de las Naciones Unidas.

Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integral de Salud 2022–2027 (2022). Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.

Los autores

Leonardo Gorbacz:

Psicólogo (UBA). Integró el equipo de salud mental del Hospital Regional de Ushuaia- Diputado Nacional (MC) autor de la ley nacional de salud mental- Fue Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional Interministerial en políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA), Jefe de Gabinete de Ministros del gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y se desempeña actualmente como Director Nacional de protección de grupos en situación de vulnerabilidad de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

Valeria Monópoli:

Abogada (UBA) especializada en Derechos Humanos, Estado y Sociedad (ECAE). Es asesora legal de la Secretaría de Derechos Humanos de las Nación donde aconseja en materia de derechos humanos y las políticas públicas, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad en general, y discapacidad en particular. Ha sido parte de las delegaciones argentinas ante el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad (2012 y 2023) e integra los equipos que llevan comunicaciones individuales contra el Estado argentino ante los Sistemas Internacional e Interamericano de Derechos Humanos. Es docente titular de Legislación en discapacidad en la Universidad ISalud

Inimputabilidad y medidas de seguridad a la luz de los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos

Leonardo Gorbacz y Valeria Monópoli.¹

El presente informe “Inimputabilidad y medidas de seguridad a la luz de los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos” se elabora a los fines de contribuir a los debates sobre la cuestión en el seno del Plenario del Órgano de Revisión Nacional del cual esta Secretaría forma parte.

1. Introducción

Desde la ratificación por parte del Estado argentino de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante también “la Convención” o “CDPD”) en el año 2008, ha sido necesario avanzar en la adecuación del marco normativo interno a ese tratado. Así, entre otras modificaciones, podemos señalar la impulsada por el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, en vigor desde 2015, al introducir los sistemas de apoyo para la toma de decisiones (CCCN, arts. 32 y 43) previstos en el art. 12 del tratado y la reforma a la ley n° 26.130 de contracepción quirúrgica para garantizar el consentimiento informado de las personas con discapacidad que se realicen la práctica.

En los últimos años nuestro país también ha discutido reformas en materia de derecho penal y ha logrado plasmar algunos avances referidos a discapacidad.² No obstante ello, la necesidad de repensar institutos como la inimputabilidad y la adopción de medidas de seguridad a la luz de los estándares que establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad no ha logrado suficiente visibilidad y consenso, por lo que es habitual conocer precedentes jurisprudenciales que abordan el tema ofreciendo soluciones que persiguen armonizar el Código Penal con la Ley Nacional de Salud Mental y el Código Civil y Comercial de la Nación, sin tomar en consideración las obligaciones que emergen de la CDPD.

A continuación, se desarrollarán los estándares internacionales de derechos humanos que se vinculan con la cuestión, así como el marco legal nacional. Luego se presentará jurisprudencia relevante e información específica del Sistema Nacional de Estadística de la Pena.

Sobre el final se desarrollarán las conclusiones y recomendaciones para avanzar en la implementación de las obligaciones que surgen de los estándares del derecho internacional de los derechos humanos.

1 La coordinación del texto fue llevada a cabo por Valeria Monópoli y Leonardo Gorbacz

2 El nuevo Código Procesal Penal Federal dispone en sus arts. 67 y 68 la participación del imputado con padecimiento mental en el proceso con los apoyos y ajustes razonables que sean necesarios, mientras que el art. 106 dispone que en caso de corresponder se utilizarán formato y lenguaje accesibles, así como los apoyos necesarios para garantizar la comunicación.

2. Estándares del derecho internacional de los derechos humanos en materia de capacidad jurídica, acceso a la justicia de personas con discapacidad y privación de libertad

Los derechos a la personalidad jurídica, de acceso a la justicia y a la libertad personal han sido reconocidos desde los primeros instrumentos adoptados por los sistemas internacional y regional de derecho humanos.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos los contempla en sus arts. 16, 14 y 9 mientras que la Convención Americana sobre Derechos Humanos lo hace en sus arts. 3, 8, 25, 5 y 7.

Sin embargo, no fue hasta la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que se prestó adecuada atención a la garantía de estos derechos respecto de este colectivo.

2.a) Derechos humanos y salud mental

Una cuestión previa al abordaje de fondo es explicitar los vínculos entre la citada Convención y la salud mental. La relación está dada por el art. 1, párrafo 2º, de la CDPD, que establece:

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Vemos entonces que la protección de este tratado se extiende a las personas con “deficiencias mentales” y a aquéllas con “deficiencias intelectuales”. En este sentido, siguiendo nuestra propia normativa interna, debemos aclarar:

“Que la Discapacidad con Deficiencia Mental (Discapacidad Psicosocial) se define como un término global que hace referencia a las deficiencias en los procesos cognitivos, afectivos y/o del comportamiento en las estructuras del sistema nervioso, y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad o habilidad real sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas. Que corresponde distinguir la deficiencia mental de la intelectual, entendiendo por ésta última a un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos. Que, por otra parte, la deficiencia intelectual se origina antes de los dieciocho años y es un término que reemplaza al de retraso mental y constituye una parte integrante de la diversidad humana. Que, es oportuno aclarar que no todas las personas con discapacidad con deficiencia intelectual tienen trastornos del comportamiento, ni todas las personas con trastorno mental, son en sentido estricto, personas con discapacidad”³.

Es decir que, por un lado, todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud mental, en consonancia con la ley nacional de salud mental n° 26.657 y, por otro, que algunas personas con padecimiento mental presentan un funcionamiento cognitivo, afectivos y/o del comportamiento que en interacción con el contexto o entorno las ubica en situación de discapacidad. Cuando esto último ocurre, el disfrute de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad puede verse amenazado si no se adoptan las medidas necesarias para su garantía.

2.b) Instrumentos internacionales previos a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Es importante destacar que con anterioridad a la adopción de CDPD, las Naciones Unidas habían proclamado los derechos de este colectivo en diferentes instrumentos, entre ellos los “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental”.

3 Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_para_la_certificacion_de_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_intelectual_y_mental_1.pdf (pág. 3).

Al respecto dice Amita Dhanda⁴:

“Estos instrumentos de derecho “blando” que fueron adoptados sin la participación de personas con discapacidad indican cómo el mundo no discapacitado percibe la discapacidad por ende crean un estándar más bajo de derechos para personas con discapacidad. Es significativo que mientras la CDPD reconoce los esfuerzos realizados a través del Programa de Acción Mundial y las Normas sobre la Igualdad mantiene un silencio absoluto respecto de las dos Declaraciones los principios de salud mental.

Esto se debió a que las personas con discapacidad eran altamente críticas del tono peyorativo y condescendiente de estos instrumentos de derecho “blando”. Una comparación de estos instrumentos y la CDPD, que no es el objetivo de este artículo, ilumina las diferencias entre el enfoque asistencialista y el de derechos. Estos instrumentos que no tenían fuerza vinculante son mencionados principalmente para resaltar el cambio de paradigma que la CDPD realiza al enunciar los derechos de las personas con discapacidad...”.

2.c) La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La CDPD fue aprobada en 2006 y visibiliza la discapacidad como un modo de opresión social, comprometiendo al Estado en la adopción de medidas para promover la igualdad e inclusión de las personas con discapacidad. La Convención se apoya fuertemente en el modelo social de la discapacidad, que surgió como referencia teórica del movimiento de vida independiente (1960) y cuyo objetivo era luchar contra lo que denominaban el modelo médico rehabilitador de la discapacidad.⁵

La Convención exige un significativo giro de las políticas públicas basadas en el enfoque tutelar para implementar el enfoque de derechos. Argentina la ratificó en 2008 y en 2014 el Congreso Nacional le otorgó jerarquía constitucional a través de la ley n° 27.044.

Con relación a la personalidad jurídica, teniendo presente la persistencia de la incapacitación legal bajo la justificación de una supuesta protección de la persona, el art. 12 de la CDPD contempla el igual reconocimiento como persona ante la ley, el ejercicio de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás, y el deber de ofrecer a las personas con discapacidad el apoyo que puedan necesitar para tomar decisiones:

Artículo 12

“1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.

2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos...”.

En materia de acceso a la justicia, el art. 13 de este tratado establece:

Artículo 13

“1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

4 Dhanda, A. (2008). *Construyendo un nuevo léxico de derechos humanos la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Sur-Revista Internacional de Derechos Humanos, (8), p. 42.

5 Para más información ver Palacios, A., *El modelo social de discapacidad orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, disponible en: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial penitenciario”.

Respecto a la libertad y seguridad de la persona, el art. 14 dispone:

Artículo 14

“1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona; b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables”.

De la lectura de estos artículos vemos que una preocupación central del tratado es que el reconocimiento como persona ante la ley, el acceso a la justicia y el derecho a la libertad se vean garantizados “en igualdad de condiciones con los demás”.

Esto viene a reforzar la prohibición del derecho internacional de los derechos humanos de discriminar por motivo de discapacidad, entendiendo por tal

cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables⁶.

Para garantizar esa igualdad de condiciones, la Convención le exige a los Estados el pleno reconocimiento de los derechos sin distinción por motivo de discapacidad (art. 5) y la garantía de la accesibilidad (art. 9), los apoyos⁷, los ajustes razonables (art. 2) y los ajustes de procedimiento (art. 13), como derechos y recursos para lograr ese objetivo.

Es decir que aquellas previsiones contenidas ya en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos –y otros instrumentos internacionales de derechos humanos–, deben ser leídas, cuando de garantizar los derechos de una persona con discapacidad se trata, en transversalidad con los estándares previstos en la CDPD. Para contar con más herramientas para esa lectura, corresponde recurrir a las observaciones generales y recomendaciones del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad⁸ y la Relatoría Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad –ambos mecanismos del sistema universal– como así también a la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, todo lo cual es desarrollado en el presente informe.

En este sentido es importante recordar que, con relación a los órganos de monitoreo del sistema universal de derechos humanos, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha considerado que

“cuadra poner de relieve la actividad del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por cuanto constituye el intérprete autorizado del Pidesc en el plano internacional y actúa, bueno es acen-tuarlo, en las condiciones de vigencia de éste, por recordar los términos del art. 75, inc. 22, de la Cons-

6 CDPD, art. 2.

7 La referencia a “apoyos” recorre todo el tratado. No obstante, su alcance se encuentra muy bien desarrollado en el documento *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*, del 20 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/69/PDF/G1643669.pdf?OpenElement>

8 El Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad es el órgano internacional que monitorea el cumplimiento de la CDPD (CDPD, arts. 34 a 36).

titución Nacional”⁹, mientras que respecto de la Convención Americana sobre Derechos Humanos ha observado que su jerarquía constitucional ha sido “establecida por voluntad expresa del constituyente en las condiciones de su vigencia (art. 75, inc. 22, párrafo 2º, de la Constitución Nacional), esto es, tal como la convención citada efectivamente rige en el ámbito internacional y considerando particularmente su efectiva aplicación por los tribunales internacionales competentes para su interpretación y aplicación”¹⁰.

2.d) Estándares desarrollados por el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad

Este órgano de Naciones Unidas ha señalado en su Observación General n.º 1, que

La capacidad jurídica y la capacidad mental son conceptos distintos. La capacidad jurídica es la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones (capacidad legal) y de ejercer esos derechos y obligaciones (legitimación para actuar). Es la clave para acceder a una participación verdadera en la sociedad. La capacidad mental se refiere a la aptitud de una persona para adoptar decisiones, que naturalmente varía de una persona a otra y puede ser diferente para una persona determinada en función de muchos factores, entre ellos factores ambientales y sociales... En virtud del art. 12 de la Convención, los déficits en la capacidad mental, ya sean supuestos o reales, no deben utilizarse como justificación para negar la capacidad jurídica¹¹.

El Comité también plantea en esta Observación General, con relación al acceso a la justicia, que

Para que las personas con discapacidad puedan exigir el cumplimiento de sus derechos y obligaciones en igualdad de condiciones con las demás, debe reconocérseles la personalidad jurídica con la misma capacidad ante las cortes de justicia los tribunales”¹²; y que “La negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad y su privación de libertad en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones, es un problema habitual. Esa práctica constituye una privación arbitraria de la libertad y viola los arts. 12 y 14 de la Convención”¹³.

Respecto a este último artículo, el Comité en sus *Directrices sobre el art. 14*¹⁴, ha expresado que:

A lo largo de todos los exámenes de los informes de los Estados partes, el Comité ha establecido que es contrario al artículo permitir la detención de personas con discapacidad sobre la base del peligro percibido de las personas para sí mismas o para los demás. La detención involuntaria de personas con discapacidad por riesgo o peligrosidad, supuesta necesidad de atención o tratamiento u otras razones vinculadas a la deficiencia o diagnóstico de salud es contraria al derecho a la libertad y constituye privación arbitraria de la libertad. ... Todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, tienen el deber de no hacer daño. Los sistemas jurídicos basados en el estado de derecho cuentan con leyes penales y de otro tipo para hacer frente al incumplimiento de esta obligación. Con frecuencia, a las personas con discapacidad se les niega la igualdad de protección bajo estas leyes al ser desviadas a un camino legal separado, incluso a través de leyes de salud mental. Estas leyes y procedimientos suelen tener un estándar más bajo en lo que respecta a la protección de los derechos humanos, en particular el derecho al debido proceso y a un juicio justo, y son incompatibles con el art. 13 en conjunto con el art. 14 de la Convención (párrafos 13 y 14).

Por su parte, al analizar la comunicación recibida en el asunto *Medina Vela vs. México*, el Comité sostuvo que la declaración de inimputabilidad del Sr. Medina Vela constituía una violación del art. 12, leído conjuntamente con el art. 4 de la Convención;¹⁵ y que el procedimiento especial para inimputables previsto en ese país no cumplía con el objetivo de garantizar al autor el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con los demás.¹⁶

9 CSJN, *Aquino, Isacio. c/ Cargo Servicios Industriales S.A. s/accidentes ley 9.688*, Fallos: 327:3753.

10 CSJN, CSJN, *Reinoso, Luis Alberto. s/ causa n° 2043/2184*, Fallos: 331:916.

11 Comité DPD, Observación General n.º 1, *Igual reconocimiento como persona ante la ley*, párrafo 13, CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014.

12 *Ídem*, párrafo 38.

13 *Ídem*, párrafo 40.

14 Comité DPD. Disponible en inglés en: <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/crpd/Pages/CRPDindex.aspx>

15 Comité DPD, *Medina Vela vs. México*, CRPD/C/22/D/32/2015, 15 de octubre de 2019, párrafo 10.6.

16 *Ídem*, párrafo 10.7.

En el mismo sentido, en el asunto *Leo vs. Australia*, el Comité recomendó a ese Estado modificar la legislación de modo que se respete la Convención y las directrices del Comité sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad (Directrices del art. 14)¹⁷.

También resulta de sumo interés lo desarrollado por el Comité en *Sr. X vs. Argentina*, en el que recomendó a nuestro país, con relación a la privación de libertad de personas con discapacidad y como medida para prevenir violaciones similares a las establecidas en dicho caso,

garantizar que las condiciones de detención para personas con discapacidad no se traduzcan, por falta de accesibilidad y de ajustes razonables, en condiciones más gravosas y de mayor sufrimiento físico y psicológico que puedan convertirse en formas de trato cruel, inhumano o degradante y afectación de la integridad física y psicológica de la persona¹⁸.

2.e) Estándares desarrollados por la Relatoría Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad

La Relatoría Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU ha publicado en 2020 los “Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad”¹⁹. Allí, entre otros lineamientos, se establece:

- **Principio 1:** Todas las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica y, por lo tanto, a nadie se le negará el acceso a la justicia por motivos de discapacidad.
- **Principio 2:** Las instalaciones y servicios deben tener accesibilidad universal para garantizar la igualdad de acceso a la justicia sin discriminación de las personas con discapacidad.
- **Principio 3:** Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, tienen derecho a ajustes de procedimiento adecuados.
- **Principio 4:** Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a la información y las notificaciones legales en el momento oportuno y de manera accesible en igualdad de condiciones con las demás.
- **Principio 5:** Las personas con discapacidad tienen derecho a todas las salvaguardias sustantivas y de procedimiento reconocidas en el derecho internacional en igualdad de condiciones con las demás y los Estados deben realizar los ajustes necesarios para garantizar el debido proceso.

En ese documento internacional, la Relatoría observa que los ajustes de procedimiento se diferencian de los ajustes razonables en cuanto estos últimos se encuentran sujetos al límite de la carga desproporcionada, mientras que los primeros, no. A su vez, la Relatoría sostiene que los ajustes de procedimiento son un instituto específico para asegurar el acceso a la justicia de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás.

2.f) Jurisprudencia relevante de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)

Aunque el tribunal regional aún no ha tratado específicamente la cuestión de la adecuación de los institutos de la inimputabilidad y las medidas de seguridad a los estándares del derecho internacional de los derechos humanos, sí se ha pronunciado en distintas oportunidades respecto de los derechos de las personas con discapacidad.

17 Comité DPD, *Doolan vs. Australia*, CRPD/C/22/D/18/2013–OHCHR 18 de octubre de 2019, párrafo 9.b.i.

18 Comité DPD, *Sr. X vs. Argentina*, CRPD/C/11/D/8/2012, 18 de junio de 2014, párrafo 9.b.iv.

19 Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SR_Disability/GoodPractices/Access-to-JusticeSP.pdf

En el caso *Chinchilla Sandoval vs. Guatemala* ha señalado –en remisión al caso *Furlan vs. Argentina*–, que la CDPD

tiene en cuenta el modelo social para abordar la discapacidad, lo cual implica que la discapacidad no se define exclusivamente por la presencia de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, sino que se interrelaciona con las barreras o limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva²⁰.

También en ese caso la CIDH dijo que:

“...es obligación de los Estados propender por la inclusión de las personas con discapacidad por medio de la igualdad de condiciones, oportunidades y participación en todas las esferas de la sociedad, con el fin de garantizar que las limitaciones normativas o de facto sean desmanteladas. Por tanto, es necesario que los Estados promuevan prácticas de inclusión social y adopten medidas de diferenciación positiva para remover dichas barreras”²¹.

Específicamente en relación con personas con discapacidad privadas de libertad, el tribunal regional determinó el deber de realizar los ajustes razonables necesarios en el centro penitenciario, para permitir que la persona pueda vivir con la mayor independencia posible y en igualdad de condiciones con otras personas en situación de privación de libertad. Así:

“...la Corte considera que el Estado tenía la obligación de garantizar accesibilidad a las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad, en este caso a la presunta víctima, de conformidad con el principio de no discriminación y con los elementos interrelacionados de la protección a la salud, a saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, incluida la realización de ajustes razonables necesarios en el centro penitenciario, para permitir que pudiera vivir con la mayor independencia posible y en igualdad de condiciones con otras personas en situación de privación de libertad”²².

Desde otra perspectiva se evidencia en la jurisprudencia del tribunal regional una evolución referida a los estándares de derechos humanos en materia de internaciones por motivos de salud mental.

En el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, previo a la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Corte Interamericana había señalado sobre el principio de autonomía de las personas que

El Tribunal reconoce que este último principio no es absoluto, ya que la necesidad misma del paciente puede requerir algunas veces la adopción de medidas sin contar con su consentimiento. No obstante, la discapacidad mental no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de ese tipo de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades. Cuando sea comprobada la imposibilidad del enfermo para consentir, corresponderá a sus familiares, representantes legales o a la autoridad competente, emitir el consentimiento en relación con el tratamiento a ser empleado²³.

Se advierte aquí que la CIDH vinculaba entonces la condición de salud mental de la persona con la posibilidad de la restricción de su capacidad jurídica, toda vez que habilitaba la adopción de medidas para atender la salud mental sin contar con el consentimiento de la persona, permitiendo incluso su substitución por terceros (sistema de representación)²⁴.

Más recientemente, y luego de la adopción de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la emisión de la Observación General n.º 1 del Comité que la monitorea (ver punto 2.a), la Corte Interamericana emitió un estándar superior en el caso *Guachalá Chimbo vs. Ecuador*, en el que expresó que:

20 CIDH, *Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*, Sentencia de 29 febrero de 2016 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 207.

21 *Ídem*, párrafo 208.

22 *Ídem*, párrafo 215.

23 Corte IDH, *Ximenes Lopes vs. Brasil*, sentencia del 4 de julio de 2006, párrafo 130.

24 Se recuerda que el sistema de representación como respuesta ante las barreras que puede enfrentar una persona con discapacidad para adoptar decisiones es desautorizado por la CDPD, que claramente sostiene en el art. 12 la obligación de los Estados de implementar sistemas de apoyo.

“Como regla general, el consentimiento es personal, en tanto debe ser brindado por quien se someterá al procedimiento. Este Tribunal resalta que la discapacidad real o percibida no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades. En efecto, la discapacidad de un paciente no debe utilizarse como justificación para no solicitar su consentimiento y acudir a un consentimiento por representación”²⁵.

Sobre este punto, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha indicado que, incluso en situaciones de crisis, se debe prestar apoyo a las personas con discapacidad, proporcionándole información exacta y accesible sobre las opciones de servicios disponibles y ofreciéndole alternativas no médicas. Solo en caso de ausencia de medidas de planeación anticipada (supra párr. 124), y que después de realizar “un esfuerzo considerable” por obtener el consentimiento no sea posible determinar la voluntad y las preferencias de una persona, es permisible la determinación de la “mejor interpretación posible de la voluntad las preferencias”.

Este último recurso “implica determinar lo que la persona habría deseado” tomando en “las preferencias los valores, las actitudes, los argumentos y los hechos anteriores, incluidas las formas de comunicación verbales o no verbales, de la persona concernida”. No constituye una determinación en función de su “interés superior” ya que este no es una salvaguardia que cumpla con el respeto del derecho a la capacidad jurídica en relación con los adultos²⁶.

2.g) Cien Reglas de Brasilia sobre el acceso a la Justicia de las Personas en condición de vulnerabilidad²⁷

En el año 2008, el marco de la Cumbre Judicial Iberoamericana, se adoptaron las “Cien Reglas de Brasilia sobre el acceso a la Justicia de las Personas en condición de vulnerabilidad”, que fueron revisadas en el año 2018.

Las reglas persiguen que el sistema judicial se configure como un instrumento para la defensa efectiva de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad, señalando que “poca utilidad tiene que el Estado reconozca formalmente un derecho si su titular no puede acceder de forma efectiva al sistema de justicia para obtener la tutela de dicho derecho”²⁸.

En ese sentido, la ratificación por Argentina de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha significado el reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a la capacidad jurídica y el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con los demás, y también el deber de asegurar que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

Repasando el instrumento se destacan, con relación a los temas aquí abordados, las siguientes reglas: (22) La privación de la libertad, ordenada por autoridad pública competente, puede generar dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia el resto de derechos de los que es titular la persona privada de libertad, especialmente cuando concurre alguna causa de vulnerabilidad enumerada en los apartados anteriores. En el cumplimiento de estas medidas, corresponderá a la autoridad judicial velar por la dignidad de la persona privada de libertad y por sus garantías fundamentales, conforme a los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.

(43) Se impulsarán los medios alternativos de resolución de conflictos en aquellos supuestos en los que resulte apropiado, tanto antes del inicio del Proceso como durante la tramitación del mismo. Los medios alternativos de resolución de conflictos, que deben integrarse en las administraciones públicas han de ofrecer a las personas usuarias del sistema de justicia y en especial a las personas en condición de vulnerabilidad. La mediación, la conciliación, el arbitraje y otros medios que no impliquen la resolución

25 CIDH, *Guachalá Chimbo vs. Ecuador*, Sentencia de 26 de marzo de 2021 (Fondo, Reparaciones y Costas) párrafo 120.

26 *Ídem*, párrafo 134.

27 Actualización aprobada por la Asamblea Plenaria de la XIX edición de la Cumbre Judicial Iberoamericana, abril de 2018, Quito-Ecuador. Disponible en: <http://www.cumbrejudicial.org/comision-de-seguimiento-de-las-reglas-de-brasilias/documentos-comision-de-seguimiento-de-las-reglas-de-brasilias/item/817-cien-reglas-de-brasilias-actualizadas-version-abril-2018-xix-cumbre-judicial-asamblea-plenaria-san-francisco-de-quito>

28 Cien Reglas de Brasilia sobre el acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, exposición de motivos.

del conflicto por un tribunal, pueden contribuir a mejorar las condiciones de acceso a la justicia de determinados grupos de personas en condición de vulnerabilidad, así como a optimizar el funcionamiento de los servicios formales de justicia.

(53) Quien sea parte en el proceso o pueda llegar a serlo, tendrá derecho a recibir aquella información que resulte pertinente para la protección de sus intereses. Los órganos competentes deberán adoptar todas las medidas pertinentes para suministrarla. Dicha información deberá incluir al menos:

- La modalidad de apoyo o asistencia que puede recibir en el marco de las actuaciones judiciales.
- Los derechos que puede ejercitar en el seno del proceso, incluida la posibilidad de ejercitar la acción de manera individual o colectiva.
- La forma y condiciones en las que puede acceder a asesoramiento jurídico o a la asistencia técnico-jurídica gratuita en los casos en los que esta posibilidad sea contemplada por el ordenamiento existente.
- La modalidad de servicios u organizaciones a las que puede dirigirse para recibir apoyo. Se facilitará a las personas con discapacidad información sobre las actuaciones judiciales, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad.

(58) Toda persona en condición de vulnerabilidad, tiene el derecho a entender y ser entendida. Se adoptarán las medidas necesarias para reducir las dificultades de comunicación que afecten a la comprensión de las actuaciones judiciales, en las que participe una persona en condición de vulnerabilidad, garantizando que ésta pueda comprender su alcance y significado.

(77) Se facilitará la accesibilidad de las personas con discapacidad a la celebración del acto judicial en el que deban intervenir, y se promoverá la eliminación de todo tipo de barreras arquitectónicas, de información, comunicación y actitudinales facilitando tanto el acceso como la estancia en los edificios judiciales.

Debe recordarse que la Corte Suprema de Justicia de la Nación adhirió mediante la acordada n.º 5/2009²⁹ a las Cien Reglas de Brasilia indicando que deberán ser seguidas como guía en todos los asuntos a que se refieren.

3. Marco legal nacional relevante en la materia

3.a) El art. 34, inciso 1, del Código Penal Argentino

El Código Penal Argentino (CP, en adelante) actualmente vigente fue sancionado en 1921 y modificado en varias oportunidades. No obstante, desde su redacción original, la incapacidad de culpabilidad o inimputabilidad del autor por el hecho penal (art. 34) no ha sufrido cambios. Este artículo, en su parte pertinente, prevé:

“Artículo 34.– No son punibles:

1º. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso...”.

29 Disponible en: <https://www.csjn.gov.ar/documentos/descargar?ID=30455>

Como puede advertirse, el Código persigue considerar no culpable a aquellas personas que entiende que no han podido motivarse en la norma para evitar el ilícito. El presupuesto de esta lógica es que

para reprocharle una conducta típica antijurídica (un injusto o ilícito penal) a un autor es menester que éste haya tenido cierto grado de capacidad psíquica, que le hubiera permitido disponer de un ámbito de autodeterminación... De allí que la imputabilidad –entendida como capacidad de culpabilidad– tenga dos niveles: uno que debe ser considerado como la capacidad de comprender la antijuridicidad, y otro que consiste en la capacidad de adecuar la conducta a la comprensión de ésta³⁰.

A su vez, en estos supuestos, el Código Penal postula aplicar una medida de seguridad en lugar de la pena que, siguiendo criterios de prevención especial y terapéuticos, intervenga sobre el sujeto “peligroso” hasta que cese tal peligrosidad. Al respecto, dicen Zaffaroni, Alagia y Slokar que “*Para penar a las personas molestas que no cometen delitos (o por delitos que ya han sido penados), lo primero que se hizo fue cambiarle el nombre a las penas que se les destinaron, que fueron llamadas medidas de seguridad*”³¹.

Un repaso por la doctrina legal permite advertir que la adopción de estas medidas ha merecido críticas de especialistas del derecho por violentar derechos constitucionales, principios del derecho penal y valores intrínsecos al sistema jurídico, entre ellos, el principio de legalidad y reserva, de igualdad ante la ley, de proporcionalidad, el derecho penal de acto y la dignidad humana.³²

Resta advertir que también se critica el art. 34, inciso 1, del Código Penal por presentar tensiones con las obligaciones internacionales que surgen de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, pues la inimputabilidad es un instituto que afecta desproporcionadamente al colectivo de personas con discapacidad psicosocial e intelectual, negándoles a aquéllos sobre quienes recae la capacidad jurídica, restringiéndoles las garantías del debido proceso y afectando su libertad personal. A su vez, obstaculiza la provisión de apoyos y ajustes razonables o de procedimiento exigidos por ese tratado para asegurar el acceso a la justicia, pues tiene como objetivo sustraer a la persona del proceso penal, en lugar de garantizarle el ejercicio del derecho en igualdad de condiciones con los demás.

Desde la perspectiva de derechos humanos, a los fines de promover la prevención especial del delito y la reparación, resulta pertinente en aquellas ofensas que no resultan graves, indagar la propuesta de la justicia restaurativa como herramienta alternativa para abordar los conflictos penales que tienen como protagonistas a personas con discapacidad.³³ La justicia restaurativa permite trabajar con el agresor para que comprenda las causas y efectos de su comportamiento y asumir su responsabilidad de una manera significativa, así como para que incorpore valores o habilidades nuevas.³⁴ A su vez, se relaciona con lo establecido en la regla 43 de las Cien Reglas de Brasilia³⁵. Existen en el mundo algunas experiencias de aplicación de esta metodología a personas con discapacidad que pueden servir de orientación para el desarrollo de programas piloto.

3.b) La ley n.º 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental)

En el año 2010, y luego de un intenso proceso de debate intersectorial, el Congreso de la Nación aprobó esta ley, que vino a introducir la perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud mental.

30 Zaffaroni, E. R.; Alagia, A. y Slokar, A. (2006). *Manual de Derecho Penal: Parte General* (pp. 540/1) 2a. Ed. Buenos Aires: Ediar.

31 Zaffaroni, E. R.; Alagia, A. y Slokar, A. (2006). *Manual de Derecho Penal: Parte General* (pp. 51/2) 2a. Ed. Buenos Aires: Ediar.

32 Ver en Irigoyen Testa, L. *Problemas constitucionales a partir de la indeterminación temporal en la medida de seguridad de reclusión manicomial prevista en el art. 34 inc. 1 del Código Penal Argentino*. Disponible en: <https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/29986-problemas-constitucionales-partir-indeterminacion-temporal-medida-reclusion>

33 Ver <https://www.documenta.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Hacia-un-sistema-de-justicia-incluyente.pdf>

34 Ver https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Manual_sobre_programas_de_justicia_restaurativa.pdf

35 Ver arriba punto 2.g)

La norma parte de reconocer a los usuarios de servicios de salud mental como sujetos de derecho y enumerar los derechos que se les reconocen (art. 7). Promueve la atención comunitaria (arts. 7 y 9) entendida como el ámbito preferente para promover la salud mental, tal como se la define en el art. 3, y establece como regla general el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías que ella establece (art. 10).

En este marco, la ley regula las internaciones como un recurso terapéutico de carácter restrictivo (art. 14), y solo puede llevarse a cabo cuando aporten mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. A su vez, debe ser lo más breve posible, en función de consideraciones terapéuticas interdisciplinarias (art. 15).

Como regla, la internación debe realizarse con el consentimiento informado de la persona (art. 16.c). Cuando no es posible obtenerlo, la internación deviene involuntaria, y debe estarse a lo que dispone el art. 20:

“Artículo 20.– La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros...”

Es de destacar que, siguiendo el art. 23, tanto las internaciones voluntarias como las involuntarias solo proceden cuando los equipos interdisciplinarios las encuentran pertinentes, y que el equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el art. 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente.

La ley no le otorga facultades a la Justicia para disponer internaciones en materia de salud mental, toda vez que se consideran un dispositivo terapéutico. En vínculo con esto, también las externaciones o permisos de salida son facultad del equipo interdisciplinario de salud, y no se requiere autorización del juez. Sin embargo, esta regla tiene una excepción: las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el art. 34 del Código Penal.

Se advierte entonces que la decisión del legislador al sancionar la Ley Nacional de Salud Mental fue sostener la facultad de los jueces prevista en la norma penal de ordenar, con base en el art. 34 del código de fondo, internaciones por motivo de salud mental –y también las externaciones correspondientes– en aquellos casos en que se hubiera considerado inimputable a la persona acusada de un delito.

3.c) El Código Civil y Comercial de la Nación

Desde agosto de 2015 rige en Argentina el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. La sanción de esta norma ha sido oportunidad para adecuar la normativa interna a las exigencias de los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por nuestro país.

El Código a su vez promueve una interpretación y aplicación armónica de sus normas considerando las obligaciones convencionales.³⁶

Con relación a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad se establece un sistema complejo en el que la regla es el reconocimiento de la capacidad jurídica y la excepción, siguiendo ciertos recaudos, la incapacitación. Entre ambos extremos se introduce la posibilidad de que la persona solicite un sistema de apoyo –como derecho– para la adopción de decisiones (art. 43), de que el juez disponga la restricción de la capacidad jurídica para ciertos actos y establezca un sistema de apoyos como asistencia para la toma de decisiones –como obligación (art. 32, párrafos 1, 2 y 3), o que se declare la incapacidad de la persona y se nombre a un curador (art. 32, in fine), que tomará decisiones en nombre de la persona con discapacidad, sin la participación de esta última.

36 CCCN, arts. 1 y 2.

Los apoyos, siguiendo lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tienen como función promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos (arts. 32 y 43).

En materia de internaciones involuntarias, el Código dispone:

“Artículo 41.– Internación. La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede solo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esta sección. En particular:

- a. debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo dispuesto en el art. 37, que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad;
- b. solo procede ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros;
- c. es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente;
- d. debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica;
- e. la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión.

Toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales sus extensiones”

“Artículo 42.– Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las Fuerzas de Seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato”.

El Código reafirma aquí lo ya previsto en la Ley Nacional de Salud Mental, precisando incluso que la intervención judicial –en tanto autoridad pública– se limita a disponer el traslado a un centro de salud para evaluación de la persona, sin autorizar a los jueces a ordenar internaciones.

3.d) El nuevo Código Procesal Penal Federal

Mediante la ley n.º 27.063 del 4 de diciembre de 2014 se aprobó el Código Procesal Penal Federal y se previó su implementación progresiva conforme la ley n.º 27.150.

Aunque el nuevo Código Procesal Penal Federal introduce cambios relevantes en materia de inimputabilidad para los casos de competencia federal, las normas específicas aún no fueron puestas en vigencia por la Comisión Bicameral de Monitoreo e Implementación del Nuevo Código Procesal Penal Federal que funciona en el ámbito del Honorable Congreso de la Nación (ley n.º 27.482, art. 2).

En tal sentido, el art. 67 del Código establece:

Presunta inimputabilidad en el momento del hecho. Si se presumiere que el imputado, en el momento de cometer el hecho, padecía alguna alteración mental que le impidiera comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones, sus derechos de parte serán ejercidos por el defensor particular o, en su defecto, por el defensor público, con los apoyos y ajustes razonables que fueran necesarios, con comunicación al curador, si los hubiere.

Si el imputado fuere menor de DIECIOCHO (18) años de edad sus derechos de parte podrán ser ejercidos también por sus padres o tutor, ello sin perjuicio de la intervención que prevea la Ley Orgánica del Ministerio Público.

En caso que se dictara el sobreseimiento por inimputabilidad, se deberán analizar en forma previa las causales en el orden dispuesto en el art. 269. Si correspondiere, se dará intervención a la Justicia Civil a fin de que, en caso de ser necesario, se resuelva sobre las medidas de protección de derechos que correspondan de acuerdo a la legislación específica en salud mental.

Este artículo, si bien continúa recurriendo al instituto de la inimputabilidad, tiene el enorme acierto de someter a la persona previamente a la declaración al debido proceso.

A su vez, da cuenta de cierta lectura de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ya que se reconoce los apoyos y ajustes razonables como recursos para asegurar el acceso a la justicia.

No obstante, debe puntualizarse que la imposibilidad de la persona de ejercer su propia defensa y que los apoyos y ajustes se asignen al defensor (público o particular) en lugar de a la persona con discapacidad, da cuenta de la necesidad de promover una interpretación armónica entre la nueva regulación y las obligaciones que emergen de los arts. 12 y 13 del tratado internacional antes citado.

Volviendo al Nuevo Código Procesal Penal Federal, el art. 68 dice:

Padecimiento mental sobreviniente. Si durante el proceso sobreviniere un padecimiento mental que restringiere la capacidad del imputado, el juez establecerá los apoyos y los ajustes razonables que sean necesarios, incluyendo el establecimiento de plazos especiales para el desarrollo del proceso, según el momento en que se produzca, sin perjuicio de que se lleven a cabo los actos para la averiguación del hecho que no requieran su presencia o se prosiga aquél contra los demás imputados.

Se comunicará al juez en lo civil y al defensor particular o, en su defecto, al defensor público, la situación del imputado, a fin de que, en caso de ser necesario, se resuelva sobre las medidas de protección de derechos que correspondan de acuerdo a la legislación específica.

Aquí se retoma una vieja tradición jurídica que, en alianza con la mirada médico–hegemónica, vincula la capacidad mental con la capacidad jurídica. Al respecto, es importante recordar algunas cuestiones que se señalaran en el punto 2.d) de este informe.

Por un lado, la capacidad jurídica y la capacidad mental son conceptos distintos y los déficits en la capacidad mental, ya sean supuestos o reales, no deben utilizarse como justificación para negar la capacidad jurídica. Para evitar esto es que la CDPD exige a los Estados reconocer la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y proveer apoyos para la toma de decisiones.

Por otro, con relación a la referencia a ajustes razonables, debe advertirse que este instituto se distingue de los ajustes de procedimiento. Estos últimos están establecidos en el art. 13 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y son el recurso específico para asegurar el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con los demás, por lo que el art. 68 debiera interpretarse en el sentido de asegurar ajustes de procedimiento para el acceso a la justicia antes que ajustes razonables.

En síntesis, de la lectura conjunta de los artículos, podemos sostener que la reforma ha avanzado en la implementación del debido proceso, aunque sosteniendo el instituto de la inimputabilidad y tergiversando algunos institutos de la CDPD.

A su vez, deriva a la legislación específica (la Ley Nacional de Salud Mental) la atención de la situación de aquellas personas que durante el procedimiento presenten padecimiento mental.

3.e) Anteproyecto del Código Penal de 2014

En el año 2012, a través del decreto n.º 678/2012³⁷, se creó la Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma, Actualización e Integración del Código Penal de la Nación. El Anteproyecto elaborado preveía, con relación a las personas con discapacidad y/o padecimiento mental, su punibilidad y las sanciones, las siguientes cuestiones:

Artículo 5º– Eximentes

No es punible:

...

- h. El que a causa de cualquier anomalía, trastorno o alteración psíquica permanente o transitoria, no haya podido, al momento del hecho, comprender su criminalidad o dirigir sus acciones conforme a esa comprensión.

37 Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?jsessionid=3AB79F73397B998E6C-C40896684E5D4F?id=196961>

Artículo 6º.– Pena por culpa. Disminución de la pena

...

3. Según las circunstancias del caso, el juez podrá disminuir la pena conforme a la escala señalada en el inciso anterior a quien, en el momento del hecho, tuviere considerablemente disminuida la capacidad para comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones conforme a esa comprensión.

Aquí vemos que lo que se proponía con relación a las personas con discapacidad continuaba siendo la afectación de su capacidad jurídica (la inimputabilidad) o la consideración de la condición de falta de capacidad como atenuante. En este sentido, sumado a la ausencia de regulación de la obligación de ofrecer accesibilidad, ajustes de procedimiento o apoyos, el Anteproyecto entraba en tensión con el art. 12 de la CDPD.

Para los supuestos reseñados (art. 5, inc. h y art. 6, inc. 3), el Anteproyecto regulaba en su art. 39, que

1. Quien cometiere un hecho conminado con una pena cuyo máximo fuere superior a diez años, del que hubiese sido absuelto conforme al apartado h) del art. 5º o por el que se le hubiere impuesto una pena atenuada en razón del inciso 3º del art. 6º, será sometido por el juez a un examen de peritos que verificarán si su padecimiento determina agresividad contra la vida, la integridad física o la integridad y libertad sexual. En ese caso, el juez dispondrá su control o internación en un establecimiento psiquiátrico u otro adecuado para su atención y contención.

El art. 39 continuaba estableciendo que la internación terminaría cuando desapareciera el riesgo creado por la agresividad o cuando se agotare el tiempo de la pena de prisión que se le hubiese impuesto. Y agregaba que, si desapareciere el padecimiento antes del agotamiento de la pena impuesta, el condenado cumpliría en establecimiento ordinario la pena remanente o le sería reemplazada si fuere el caso.

El Anteproyecto disponía también la intervención de la justicia civil cuando la persona absuelta sufriera un padecimiento y no se reunieran los requisitos del art. 39, inc. 1, para disponer su control o internación o cuando debiera cesar el control o la internación y la persona continuara sufriendo un padecimiento mental.

Finalmente, en el art. 41 preveía que la resolución de todas las cuestiones de ejecución, reemplazo y control de las penas y medidas serían de exclusiva competencia de los jueces, guiando su intervención conforme los criterios del inciso 2.

Entre las fortalezas de esta propuesta podemos destacar el acotamiento de la medida de internación al tiempo que durara la situación de agresividad y/o la pena, así como el establecimiento de la competencia judicial para la ejecución, reemplazo y control de la misma.

4. Jurisprudencia relevante

Los conflictos jurídicos que suscita la complejidad de este marco legal han sido considerados en sentencias judiciales de instancias revisoras.

En primer lugar debemos recordar que antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental la Corte Suprema de Justicia de la Nación ya había actuado ante un conflicto de competencia originado por el control de una internación involuntaria impuesta como medida de seguridad ante un sobreseimiento por inimputabilidad (caso "R.M.J") y, teniendo presente las obligaciones que emergían entonces del derecho internacional de los derechos humanos, consideró que era la justicia civil del lugar de la internación el órgano jurisdiccional más idóneo para adoptar las medidas urgentes necesarias para dar legalidad y controlar las condiciones en que el tratamiento de internación se desarrollaba, agregando que, además, dichos tribunales eran los más idóneos para entender en la problemática del causante por contar con un equipo interdisciplinario y técnico–auxiliar.³⁸

38 CSJN, R., M.J. s/insania, Sentencia del 19 de febrero de 2008.

Con la sanción de la ley n.º 26.657 la jurisprudencia nacional profundizó el criterio adoptado en “R.M.J.” por la Corte Suprema, poniendo su mirada en la tensión que se genera entre lo establecido en el art. 34, inciso 1, del Código Penal y los principios en que se apoya la Ley Nacional de Salud Mental, haciendo un particular análisis de los conflictos que genera la interpretación sistémica del art. 23 de la ley n.º 26.657.

En ese sentido, en el año 2017, la Cámara Nacional de Casación Penal, Sala II, en “B.N. s/recurso de casación”³⁹, intervino a fin de dirimir qué fuero era el competente para controlar una internación involuntaria dispuesta por el Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional n.º 22, en los términos del art. 76, CPPN. En palabras del propio tribunal

El órgano jurisdiccional al que se le atribuya esa competencia será el que en definitiva, deberá decidir acerca de la conveniencia de que B. continúe bajo la modalidad de internación ya dispuesta o su reemplazo por una medida alternativa”⁴⁰.

Para avanzar en la resolución del conflicto consideró que:

“La actual tendencia jurisprudencial –en función de esa normativa (en referencia a los arts. 34, inciso 1º, CP, y 511, CPPN)– impone que sea la justicia civil la encargada de controlar la internación de H. A. M., por cuanto es el juez de ese fuero quien debe valorar las características de su enfermedad, en virtud de encontrarse legalmente regulada la intervención en la ley 26.657, que –como su artículo primero define– “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional” Asimismo determinó que “la excepción a la que se refiere el art. 23 in fine de la ley 26.657 alude a la imposibilidad de que sea el equipo de salud actuante el que disponga una externación en tales casos, sin óbice para que sea la autoridad judicial en lo civil quien lleve a cabo esa u otra medida vinculada al individuo afectado”.

Para la citada Cámara Nacional de Casación Penal en estas situaciones se trata de establecer cuál es el tribunal más adecuado, por su especialidad, para controlar el cumplimiento de la medida de seguridad impuesta.

“En este sentido, dos son las opciones interpretativas a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, en tanto no ha derogado ni modificado los art. 511 y 512, del CPPN ni el art. 34, CP. O bien el seguimiento queda a cargo del tribunal penal que impuso la medida de seguridad según los arts. 34.1, CP y 76, CPPN, o bien del civil –aun si no existió previa intervención del fuero–, en los términos de los arts. 41 y 42 del Código Civil y Comercial de la Nación. Es decir, no hay dudas acerca de que nuestro sistema penal es binario y, por lo tanto, el magistrado del fuero criminal se encuentra plenamente facultado para disponer medidas de seguridad. Lo que debe decidirse es quién controla la medida de seguridad.

...

Ahora bien, la interpretación y aplicación de estas últimas (CCCN, arts. 31 y 41), indican que la justicia civil resulta más apta, por razones de especialidad, para controlar la medida de seguridad dispuesta. De esta forma, el conflicto entre las distintas reglas se resuelve por la aplicación de los principios incorporados al derecho interno por la ley 26.657.⁴¹

...

En este sentido, no se comparte la interpretación que el a quo efectuó del art. 23 de la Ley Nacional de Salud Mental –en tanto entiende que quedan exceptuadas de sus disposiciones las internaciones ordenadas en el marco de lo previsto por el art. 34.1, CP– sino que, en consonancia con lo resuelto por esta Sala con otra integración, en el precedente “M.”, la excepción a la que se refiere el art. 23 in fine de la ley 26.657 alude a la imposibilidad de que sea el equipo de salud actuante el que disponga una externación en tales casos, sin que esto signifique un impedimento para que el juez o la jueza disponga esa u otra medida vinculada al individuo afectado”.

39 Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional, Sala II, CCC 8911/2017/CNC1, B.N. s/recurso de casación, Reg. 742/2017, 29 de agosto de 2017.

40 *Ídem*, considerando 2.

41 Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional, Sala II, CCC 8911/2017/CNC1, B.N. s/recurso de casación, considerando 4, Reg. 742/2017, 29 de agosto de 2017.

La Cámara afirma entonces en “B. N.” que “de la ley n.º 26.657 se desprende que es la competencia civil la más apta para controlar las internaciones involuntarias por la exigencia de garantizar que el paciente sea periódicamente examinado por un equipo interdisciplinario con el objetivo de su pronta integración a la comunidad y cuya opinión es fundamental para que el juez a cargo del control de la medida decida sobre su eventual externación, mientras que la internación penal se centra en la peligrosidad del enfermo”⁴².

Debe llamarse la atención sobre un punto: los precedentes jurisprudenciales aquí referidos hacen referencia a instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos, aunque sin merituar en sus análisis las obligaciones que emergen de los estándares más recientes desarrollados en este informe. En este sentido se recuerda que la Corte Interamericana ha reiterado que

...los jueces y órganos vinculados a la administración de justicia en todos los niveles están en la obligación de ejercer ex officio un “control de convencionalidad” entre las normas internas y la Convención Americana, evidentemente en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes y en esta tarea, deben tener en cuenta no solamente el tratado, sino también la interpretación que del mismo ha hecho la Corte Interamericana, intérprete última de la Convención Americana⁴³.

5. Sistema nacional de estadística sobre ejecución de la pena

La Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a partir de lo dispuesto por la ley 25.266 del año 2000, es el organismo encargado de elaborar la estadística oficial sobre criminalidad y funcionamiento del sistema de justicia pena.

Como uno de los eslabones dentro de este sistema general, se implementó en el año 2002 el Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (Sneep) que abarca a la población privada de libertad por una infracción penal. El Sneep tiene como destinatarios a todas las unidades de detención penal, dependientes del sistema federal y provincial.

Al 31 de diciembre de 2020, había en la República Argentina 264 personas categorizadas como inimputables que se encontraban privadas de la libertad en unidades de detención.

Esto representa un 14% menos que en el año 2019 y un 35% menos que el promedio de los últimos diecinueve años (cuatrocientas siete personas). Debe aclararse que la estadística no distingue las razones por las cuales se consideró inimputable a la persona.

En la Argentina hay trescientas dieciocho unidades de detención, siendo las jurisdicciones que más cárceles tienen el Servicio Penitenciario de la provincia de Buenos Aires con 64 unidades y el Servicio Penitenciario Federal con 32. Las personas inimputables que se encontraban detenidas en 2020 estaban distribuidas en una unidad del Servicio Penitenciario Federal (“Ezeiza”) y trece unidades de Servicios Penitenciarios Provinciales: tres de la provincia de Buenos Aires, una de Chaco, una de Chubut, una de Corrientes, dos de Entre Ríos, tres de Formosa, una de Misiones, y una de Salta. La provincia de Buenos Aires era la que más personas inimputables tenía en sus unidades de detención, alcanzando el 42% del total, similar al porcentaje que dicha provincia concentraba en 2020 sobre el total de personas privadas de libertad en unidades penitenciarias (45%).

Del total de 264 personas inimputables detenidas en 2020, el 98% eran argentinas, identificándose dos personas paraguayas, una boliviana y una uruguaya. A su vez, doscientos cincuenta eran varones y catorce mujeres, no habiéndose registrado personas trans en estas condiciones.

42 *Ídem*.

43 CIDH, *Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*, Sentencia de 29 de febrero de 2016, párrafo 242.

Por otra parte, los principales delitos imputados a las personas consideradas inimputables privadas de libertad fueron homicidios dolosos (30% del total); abuso sexual/violaciones (16%); robo y/o tentativa de robo (15%); lesiones dolosas (11%); amenazas (10%) lesiones culposas (6%); y otros delitos contra la propiedad (6%), entre otros.

La información aquí reseñada consta en el “Informe sobre Personas Inimputables” del Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena (Sneep 2020). Resta advertir que el universo de personas declaradas inimputables es mayor, ya que no sobre todas ella pesa una medida de seguridad de privación de la libertad a cumplir en el sistema penitenciario.

6. Conclusiones

Como ha quedado expuesto, los estándares del derecho internacional de los derechos humanos exigen al Estado avanzar en transformar el sistema judicial y penitenciario a fin de asegurar que la condición de discapacidad no importe un trato discriminatorio (CDPD, art. 5). Para ello la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha dado reconocimiento legal a institutos como la accesibilidad, los apoyos, los ajustes razonables y de procedimiento (ver punto 2).

En ese marco, la inimputabilidad es un instituto del derecho interno que no resulta acorde con los estándares internacionales de derechos humanos. Por consiguiente, se impone reconsiderar su pertinencia y alcance, así como también los de las medidas de seguridad de internamiento involuntario, a la luz de las obligaciones de garantizar el ejercicio de la capacidad jurídica, el acceso a la justicia y la libertad personal en igualdad de condiciones con los demás (CDPD, arts. 12, 13 y 14), entre otros derechos protegidos por los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado argentino (ver punto 2).

Desde esta perspectiva, el art. 34 inciso 1 del Código Penal debe ser leído en armonización con los estándares del derecho internacional de los derechos humanos y los avances legislativos producidos en los últimos años.

En ese sentido, se advierte la tendencia tanto en el Código Civil y Comercial de la Nación (art. 41) como en el Código Procesal Penal Federal (arts. 67 y 68) a reenviar a la Ley Nacional de Salud Mental y la justicia civil la resolución de la imposición de una internación, siguiendo los criterios de dicha norma (ver puntos 3.c y 3.d).

Con la misma orientación, la jurisprudencia de la Cámara Nacional de Casación Penal, utilizando de base las consideraciones ofrecidas por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en “R., M. J. s/ insania”, ha manifestado que

es la competencia civil la más apta para controlar las internaciones involuntarias por la exigencia de garantizar que el paciente sea periódicamente examinado por un equipo interdisciplinario con el objetivo de su pronta integración a la comunidad y cuya opinión es fundamental para que el juez a cargo del control de la medida decida sobre su eventual externación (ver punto 4).

Por lo expuesto, queda en evidencia que, en la actualidad, las pautas legislativas y jurisprudenciales para armonizar las tensiones entre las normas legales internas llevan a entender que con el sobreseimiento en sede penal por inimputabilidad cesa la competencia de dicho fuero; y que a fin de determinar si es menester que el Estado intervenga para asegurar la garantía de los derechos de las personas con padecimientos mentales en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental –disponiendo internaciones involuntarias incluso– corresponde dar intervención al fuero civil para que evalúe la situación siguiendo lo establecido en la ley n.º 26.657.

Esta situación, gestada de una mirada tutelar y médica, entiende los comportamientos reprochables de las personas con discapacidad como abordables solo a través de intervenciones terapéuticas, y afecta los derechos fundamentales de las personas con discapacidad o padecimiento mental a la igualdad ante la ley, la capacidad jurídica y el acceso a la justicia. A la vez, traslada la responsabilidad del control social, en manos del sistema penal, a los equipos interdisciplinarios encargados de realizar las evalua-

ciones para disponer y mantener internaciones involuntarias en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, exponiéndolos cuando la utilización de criterios terapéuticos no satisface las exigencias ciudadanas de justicia, en particular frente a los hechos más graves.

Teniendo presente todo lo expuesto, advertimos que los precedentes jurisprudenciales reseñados no han meritado para llegar a estas soluciones los estándares del derecho internacional de los derechos humanos actualmente vigentes. La aplicación de esos parámetros llevaría a una solución que contemplara los derechos reconocidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y las recomendaciones del órgano que monitorea su cumplimiento.

Las propuestas orientadas a eliminar las medidas de seguridad, pero sosteniendo la figura de la inimputabilidad, constituyen una solución parcial que no se adecua a los estándares internacionales de derechos humanos.

7. Recomendaciones

En función del presente análisis proponemos las siguientes recomendaciones:

1. Formar una mesa intersectorial que trabaje en la elaboración de un proyecto de ley para sustituir el art. 34 inc. 1 del Código Penal Argentino, contemplando los siguientes ejes:
 - a. el pleno reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental o intelectual en el sistema de justicia penal, así como la obligación del Estado de garantizar en ese ámbito los apoyos y ajustes de procedimiento para el acceso a la justicia en igualdad de condiciones que los demás;
 - b. la obligación del Estado de garantizar accesibilidad universal en el sistema penitenciario, incluidos los ajustes razonables y apoyos para las personas privadas de su libertad con discapacidad psicosocial e intelectual que los requieran;
 - c. la garantía del derecho a la salud mental en el sistema penitenciario a través de la creación de programas y espacios de atención de la salud mental que intervengan con perspectiva de derechos humanos.
2. Solicitar a la Comisión Bicameral de Monitoreo e Implementación del Nuevo Código Procesal Penal Federal –que funciona en el ámbito del Honorable Congreso de la Nación– la pronta puesta en vigencia del art. 68 de este cuerpo normativo, a la par que lo relativo al art. 67 en cuanto garantiza el debido proceso a las personas con discapacidad.
3. Promover el desarrollo de programas de justicia restaurativa para personas con discapacidad.
4. Como medidas transitorias, y mientras rija la actual legislación interna:
 - a. Instar a jueces penales a implementar el control de convencionalidad en todo lo atinente a la garantía del derecho a la capacidad jurídica y la implementación de ajustes de procedimiento para el acceso a la justicia.
 - b. Evaluar, como ajuste razonable, medidas de seguridad alternativas a la internación en establecimiento psiquiátrico, como la incorporación a programas de tratamiento específicos para personas con padecimientos mentales en conflicto con la ley penal.
 - c. Para el caso de que el juez penal dicte medidas de seguridad de internación se propone:
 - el establecimiento de plazos máximos objetivos de duración vinculados a las penas establecidas para el delito que se le atribuye;
 - la sujeción de la medida a los controles periódicos que se establecen en la ley n.º 26.657 para las internaciones involuntarias con información sobre evolución al juzgado de ejecución penal;

la facultad de la autoridad sanitaria correspondiente para indicar el establecimiento más adecuado para cumplir la medida.

ante el cese de la medida de seguridad y, en consecuencia, de la intervención de la justicia penal, considerar la derivación para la asistencia al sistema sanitario en el marco de lo establecido por la ley nacional n.º 26.657.

MONÓPOLI, V. (2022, septiembre). *Informe. Inimputabilidad y medidas de seguridad a la luz de los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos* [en línea]. Buenos Aires: Ministerio de Justicia. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/if-2022-96453119-apn-dnpgsvmj_inimputabilidad_d.i.dh_1.pdf>.

Preguntas frecuentes. Derechos de personas usuarias de servicios de salud mental.

**Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad,
Secretaría de Derechos Humanos de la Nación**

¿Qué es la Salud Mental?

La salud mental es el bienestar emocional, psíquico y social que permite enfrentar los desafíos de la vida personal y en comunidad.

Preservarla y mejorarla implica asegurar el respeto de los derechos humanos y sociales de todas las personas, independientemente de su condición.

¿Por qué hablamos de personas usuarias y no de pacientes del servicio de salud mental?

Ser paciente del sistema de salud implicaba la espera, la posición pasiva. Por el contrario, ser una persona usuaria implica poder opinar sobre tu situación, poder decidir sobre tu propio tratamiento, ser escuchada y respetada.

¿Qué dice la ley de Salud Mental?

La ley dice que los padecimientos mentales deben ser atendidos en todos los centros de salud y que debe asegurarse una accesibilidad sin obstáculos para acceder a esta atención.

¿De qué se trata la accesibilidad sin obstáculos?

Quiere decir que todas las personas tienen el derecho de acceder a la atención en salud mental, en igualdad y sin ser discriminadas, en forma adecuada a sus necesidades, en un lugar cercano, con servicios de calidad y en un tiempo razonable.

¿Qué derechos tengo como persona usuaria de servicios de salud mental?

Tus derechos se establecen en el art. 7 de la Ley Nacional de Salud Mental (n.º 26.657):

- a. Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b. Derecho a conocer y preservar tu identidad, tus grupos de pertenencia, tu genealogía y tu historia;
- c. Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d. Derecho a recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja tus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e. Derecho a tener acompañamiento antes, durante y luego del tratamiento de tus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f. Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

- g. Derecho de la persona asistida, su abogado, un familiar, o quien designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h. Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i. Derecho a que no te identifiquen o discriminen por un padecimiento mental actual o pasado;
- j. Derecho a recibir información de manera adecuada y comprensible de los derechos que te asisten, y de todo lo inherente a tu salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para tu atención, que en el caso de no ser comprendidas se comunicarán a familiares, tutores o representantes legales;
- k. Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con tu atención y tu tratamiento dentro de tus posibilidades;
- l. Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de tu intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de tu vida privada y libertad de comunicación;
- m. Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n. Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o. Derecho a que no te sometan a trabajos forzados;
- p. Derecho a recibir una justa compensación por tu tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Las personas con problemas de consumo ¿tenemos los mismos derechos?

El art. 4° de la Ley Nacional de Salud Mental incluye los problemas de consumo y adicciones y garantiza que en tu tratamiento se respeten todos tus derechos.

Si necesitas asistencia por consumo problemático podés comunicarte a la línea gratuita 141 de la Sedronar durante las 24 horas.

¿Me pueden obligar a ir a un hospital para una evaluación?

Sí, en situaciones de crisis.

Los juzgados o la autoridad pública pueden disponer tu traslado a una institución de salud para tu evaluación.

El equipo interdisciplinario de salud mental del hospital o clínica realizará la evaluación y propondrá si necesitás internación u otro tipo de tratamiento.

¿Todas las personas que atraviesan una problemática de salud mental deben ser internadas?

No necesariamente.

El equipo interdisciplinario propone la internación solamente en caso de que no exista otra estrategia terapéutica o si, vos u otras personas están en una situación de riesgo cierto e inminente.

¿Puedo preguntar u opinar sobre el tratamiento?

Si, por supuesto.

El equipo interdisciplinario debe informarte de manera clara, sobre tu estado de salud, los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto y, si hubiere, otros tratamientos posibles.

Tenés derecho a opinar sobre el mismo.

¿Qué derechos tengo si me internan?

Si el equipo interdisciplinario recomienda la internación y vos estás de acuerdo, podés firmar el consentimiento informado que las instituciones te tienen que dar.

En este caso la internación es voluntaria y podés finalizarla cuando lo consideres.

Y si la internación que aceptaste dura más de sesenta días debés saber que intervendrá la justicia y el Órgano de Revisión en Salud Mental para saber que estás bien.

En cambio, cuando hay una situación de riesgo cierto e inminente para vos o para otras personas, el equipo interdisciplinario puede internarte aun sin tu consentimiento, pero deben avisar al juez en un plazo máximo de diez horas posteriores a tu ingreso a la institución. Y a los noventa días interviene el Órgano de Revisión.

En las internaciones involuntarias tenés derecho a tener un abogado de tu confianza, o a que el Estado te lo proporcione.

Si residís en ciudad autónoma de Buenos Aires podés consultar por un abogado oficial en la Unidad de Letrados. Y si residís en una jurisdicción provincial podés informarte sobre la Defensoría Pública más cercana a tu domicilio haciendo clic aquí.

De ser necesaria la internación ¿puede ser en un hospital general o solo en los llamados psiquiátricos o monovalentes?

La Ley de Salud Mental establece que las internaciones por motivos de salud mental se realicen en hospitales generales.

Mientras estos hospitales vayan incorporando servicios de salud mental para adecuarse a la ley es posible que siga habiendo internaciones en hospitales monovalentes (psiquiátricos).

En cualquier caso, se deben respetar todos tus derechos durante la internación. Y la duración de la misma tiene que ser solo por el tiempo necesario para que te recuperes y vuelvas a tu vida cotidiana.

¿Puedo preguntar u opinar sobre la medicación?

Siempre podés opinar y tenés derecho a que los profesionales te expliquen los beneficios que te va a aportar y qué efectos adversos te podría ocasionar.

Sin embargo, en el marco de una internación involuntaria, pueden indicar la medicación que consideren que necesitás, aun sin tu acuerdo. Pero ello no impide que recibas esta información y puedas manifestar tu opinión.

Si estoy en una internación, ¿me pueden prohibir las visitas?

En general no.

Por lapsos muy breves y de manera justificada el equipo interdisciplinario puede limitar algunas visitas, pero no de forma prolongada y, menos aún, permanente. Las personas internadas deben conservar sus lazos familiares, laborales y sociales.

En ningún caso pueden prohibir que te visite tu abogado.

En situaciones excepcionales, como fue pandemia por Covid 19, puede haber instrucciones y protocolos especiales al respecto acordes a la evolución de la situación epidemiológica.

Si estoy embarazada o ya tengo un hijo ¿tengo derecho a criarlo si profesionales o jueces consideran que no estoy preparada?

Sí, si es tu decisión.

En el caso de que necesites ayuda podés pedir que personas de tu confianza u otras personas te puedan ayudar y acompañar en ese proceso. Si el juez toma una decisión y vos no estás de acuerdo es importante que te apoyes en un abogado de confianza para resolver la situación.

Como persona usuaria de un servicio de salud mental ¿me tienen que dar un certificado de discapacidad (CUD)?

No necesariamente.

No todos los problemas de salud mental implican que tengas una discapacidad. “Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral” (art. 2 de la ley 22.431).

¿Para qué sirve el Certificado de Discapacidad y cómo se tramita?

El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es un documento válido en todo el país que permite ejercer los derechos y acceder a las prestaciones previstas en las leyes nacionales 22.431 y 24.901. La evaluación es realizada por una Junta Evaluadora interdisciplinaria que determina si te corresponde.

Su tramitación es voluntaria, gratuita y personal. Hace clic aquí para acceder a información sobre los derechos y accesos a prestaciones que autoriza y qué documentación necesitas para solicitarlo.

Para saber dónde lo podés realizar debes completar un pequeño formulario web con tus datos personales y se te indica la oficina más cercana a tu domicilio.

También podés llamar a la Agencia Nacional de Discapacidad al tel.: 0800-555-3472 o comunicarte a través del WhatsApp: (+54) (11) 2478-4746.

Para que me den una pensión por discapacidad o un CUD, ¿es necesario que un juez me declare incapaz y me ponga un tutor?

No. Nadie puede exigir la declaración de incapacidad para realizar tramitaciones porque desde el año 2015 el nuevo Código Civil y Comercial eliminó esa figura.

¿Puedo elegir la forma en que quiero que me atiendan en una crisis, pero hacerlo ahora que me siento bien?

Sí, porque la Ley de Derechos del paciente n° 26.529 permite las “directivas anticipadas”, para que las personas puedan dejar escritas sus decisiones de antemano.

¿Tengo derecho a manejar mis bienes y dinero?

Si, por supuesto.

Pero si necesitás ayuda podés pedir a un juez que te reciba, junto a tu abogado, y solicitarle que designe a algunas personas de tu confianza para que te den ese tipo de apoyo.

En caso de que no tengas personas de tu confianza te puede ofrecer funcionario para que te asistan.

Las personas que te asignen como apoyos están para ayudarte, pero no para decidir por vos.

Si tengo una persona que maneja mis bienes y mi dinero, pero toma las decisiones sin consultar mi opinión, ¿tengo derecho a reclamar?

Sí.

Con ayuda de un abogado tenés que pedir al juez que te designó un curador que revise la sentencia y que designe otra persona de apoyo que sea de tu confianza y que respete tu voluntad y preferencias o, en el caso de que ya no necesites ayuda puedas manejar tus bienes y dinero por vos mismo.

¿Puedo votar en los procesos eleccionarios?

Sí, por supuesto.

Ese es un derecho que nadie te puede quitar y una obligación de todos los ciudadanos.

Si no estás en el padrón, no tenés tu DNI, nunca votaste y no sabés como se hace, o si te niegan el acceso al voto podés contactarte por tel. al 168 del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo o al tel.: (+54) (11) 4883-9930/31/51 del Ministerio del Interior. También podés enviar un mail a: acces_electoral@mininterior.gob.ar y acces_electoral@elecciones.gob.ar

Si tengo una pensión no contributiva, ¿puedo acceder a una cobertura de salud?

Sí, podés afiliarte al Programa Federal Incluir Salud. En su sitio web encontrarás toda la información necesaria y la documentación para tramitarla en la Unidad de Gestión de tu Provincia. Consultá aquí la que corresponde a tu domicilio.

Si tengo PAMI, ¿dónde puedo consultar sobre mi cobertura?

Si sos afiliado al PAMI, podés acceder a información sobre trámites haciendo clic aquí o llamando gratuitamente al 138 o al 0800-222-7264

¿Tengo derecho a un tratamiento en salud mental?

Sí.

Si tenés cobertura de obra social lo podés solicitar a través de los prestadores de tu cartilla. Si tenés alguna dificultad con tu obra social podés llamar a la Superintendencia de servicios de salud al 0800-222-72583 (SALUD).

Si no tenés cobertura podés acercarte a un hospital o centro de salud cercano a tu domicilio.

¿Además de la ley de salud mental, hay otras normas que me amparan?

Sí, porque Argentina adhirió a compromisos internacionales que establecen un piso de derechos para todas las personas, y algunos de esos compromisos incluso están por encima de las leyes porque tienen jerarquía constitucional.

SDH. *Orientación en Salud Mental* [en línea]. Buenos Aires: MJYDH-SDH. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <<https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/grupos-en-situacion-de-vulnerabilidad/orientacion-en-salud-mental>>.

Protocolo de abordaje integral a víctimas de violencia institucional

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Una propuesta

Implementar un protocolo de detección, registro, denuncia y abordaje integral a las víctimas atendidas dentro del sistema público de salud es clave para la erradicación de las prácticas descriptas. Algunos aspectos a considerar son:

Formación sobre el concepto de violencia institucional y sobre la definición de tortura

Desnaturalizar el ejercicio de la violencia y el abuso de autoridad por parte de las Fuerzas de Seguridad es un primer paso para que los trabajadores de la salud puedan identificar las prácticas violentas y a sus víctimas.

La formación sobre estos temas debería incluir las definiciones de tortura previstas en los tratados internacionales (Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes –ONU, Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura– OEA) y nacionales (Código Penal Argentino), la prohibición a los médicos de participar en la tortura (Principios de Ética Médica) y la obligación de denunciar (art. 144 *quater* Código Penal).

Esta formación también puede evitar que los trabajadores de la salud se constituyan en agentes de violencia institucional al incurrir en discriminación, malos tratos o atención deficiente a aquellas personas que asisten acompañadas por personal policial. La atención de la salud como derecho humano fundamental debe ser la clave en la capacitación de los agentes de salud.

Para facilitar la detección de posibles víctimas de violencia institucional entre las personas atendidas es importante tener en cuenta que este tipo de violencia está muchas veces naturalizada por las propias víctimas, quienes no reconocen los hechos como un delito o no denuncian por el temor a represalias o a experiencias anteriores en las que no se les creyó o la denuncia no tuvo ninguna consecuencia.

Es fundamental que los profesionales de la salud puedan pensar a las personas que acuden al servicio desde categorías alternativas a la de “paciente”, fundamentalmente desde la categoría de sujeto de derechos, perspectiva que habilita la indagación acerca del origen de las lesiones. Es imprescindible que los trabajadores de la salud puedan adoptar la postura ética de dar crédito y debido registro a la palabra de las personas que denuncian haber sufrido una vulneración de sus derechos y de dejar a las instancias judiciales el rol de investigar y juzgar su veracidad.

Condiciones para llevar adelante la entrevista a víctimas de violencia institucional

Igualdad y no discriminación

Para lograr una atención respetuosa, los trabajadores deben abandonar juicios morales y priorizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, a los fines de crear ambientes propicios para atender a la persona en un plano de igualdad y no discriminación.¹

Deben tenerse en cuenta aspectos tales como: que sea realizada por un profesional del género que elija la víctima, contar con intérprete para el caso de personas que hablen otros idiomas, la presencia de apoyos para personas con discapacidad.

Confidencialidad y privacidad

La entrevista a personas que fueron o se sospecha que han sido víctimas de violencia institucional debe realizarse en un marco de confidencialidad, privacidad y respeto que genere condiciones para la confianza y la comunicación.

Además del derecho a la intimidad y a la privacidad consagrado en la Ley de Derechos del Paciente, en el caso de las víctimas de violencia institucional la necesidad de mantener una entrevista con el trabajador de la salud donde no haya otras personas presentes (ej. custodia policial) cobra dimensión de exigencia. Esto habilita a que la persona pueda relatar lo sucedido sin poner en riesgo su vida ni su integridad personal.

Un aspecto fundamental es tener siempre en cuenta la obligatoriedad del tratamiento confidencial de la información. Si una persona afirma haber sido víctima de violencia institucional es importante que el documento donde se registre dicha afirmación no sea accesible a los agentes de la Fuerza de Seguridad.

El consentimiento informado de la víctima es requisito para la realización de la denuncia. Se pueden realizar reportes anónimos si la persona no desea brindar los datos personales para denunciar. También es importante conocer que existen espacios de atención y orientación que no requieren la denuncia para brindar acompañamiento y orientación.

Consecuencias psicológicas de la tortura

También es importante prestar especial atención a las consecuencias psicológicas de los malos tratos y tortura. El hecho de que no se observen marcas en el cuerpo no significa que no haya ocurrido un episodio de malos tratos o tortura. Por este motivo, debería acompañarse el relato sin plantear exigencias de coherencia o suponer narraciones con determinadas características pues las marcas de lo traumático se reflejan en la producción del lenguaje y es particular en cada caso. Esperar relatos ordenados, creíbles, sólidos y consistentes es más bien una demanda de orden moral que desconoce la dimensión del padecimiento subjetivo. Además, puede existir negación de los hechos o retractación como consecuencia de las amenazas de represalias que pueda haber recibido la víctima.

Pautas para el adecuado registro de marcas e indicios físicos y psicológicos de la violencia

Es imprescindible que los trabajadores de la salud dejen registro escrito pormenorizado de las marcas físicas observadas que puedan ser consecuencia de hechos de violencia institucional, así como del relato de la víctima. No es función de los médicos y otros agentes juzgar la veracidad de los hechos descriptos, sino tomar registro y según el caso, efectuar una denuncia u orientar a la víctima o sus familiares, para que puedan formalizarla.

1 Observación general n° 14, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Además de las marcas objetivables, las víctimas suelen sufrir malos tratos verbales, hostigamientos, amenazas e incluso simulacros de golpizas o fusilamiento. Los efectos subjetivos de estas prácticas aparecen en el relato, y en conductas que pueden ser interpretadas como inadecuadas. Una escucha atenta y respetuosa permitirá identificarlos y proceder aun en ausencia de lesiones físicas.

Por otra parte, los efectores públicos de salud pueden establecer acuerdos de cooperación con oficinas dedicadas al registro y seguimiento de los casos de violencia y torturas, a los fines de colaborar con que los casos registrados puedan ser contabilizados en las estadísticas. A partir de la existencia de protocolos de registros, será posible contar con información que dimensione y caracterice al fenómeno, activar los mecanismos del debido proceso judicial y alertar a los organismos de prevención de la tortura y fiscalías especializadas.

Abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial

Teniendo en cuenta la complejidad que implica la atención a víctimas de violencia institucional, es importante que no se reduzca a la mera atención de los aspectos físicos involucrados en la urgencia, sino que también incluya la intervención de los profesionales de salud mental, la orientación legal y el acompañamiento social necesario para evitar exponer nuevamente a la persona a quedar a merced de los ejecutores de la violencia.

La interdisciplina en el abordaje de salud a situaciones de violencia institucional es la clave para brindar una asistencia integral respetuosa de los derechos de la víctima, que comprenda la situación en una integralidad. Una perspectiva integral incluye el abordaje de la angustia que genera la victimización y el trabajo de acompañamiento hacia la familia para que puedan activar otros mecanismos para proteger a la persona. Es necesario ampliar la perspectiva temporal del “riesgo” para que no se considere exclusivamente el estado físico actual, sino también el riesgo latente que implica la continuidad de la intervención de las Fuerzas de Seguridad sobre esa persona cuando se encuentra en situación de privación de la libertad.

La integralidad en la atención implica, además, la interacción con otras áreas no solo del hospital sino del ámbito del poder judicial y la capacitación en términos de incumbencias éticas y profesionales. En su calidad de funcionarios públicos de la salud, los profesionales no conocen la obligación de denuncia en casos sobre los que se pueda presumir un trato cruel o un hecho de tortura.

Orientación sobre derechos y lugares de acompañamiento y denuncia

En función de la existencia de instituciones especializadas para recibir denuncias de violencias institucional debe evitarse la comunicación de estos casos a las Fuerzas de Seguridad y se debe orientar a las víctimas y sus familiares para dirigirse a los espacios de protección de derechos.

Al respecto es importante diferenciar aquellos espacios que brindan orientación sin necesidad de realizar previamente la denuncia, aquellas oficinas que reciben denuncias, y aquellos espacios que brindan acompañamiento una vez realizada la denuncia. También es importante diferenciar a qué lugar recurrir, en función de quién hubiera sido el agente de la violencia. Para ello se elaboró un anexo con lugares de denuncia y acompañamiento estatales de Nación, ciudad y provincia de Buenos Aires.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2020, octubre). *Guardias hospitalarias y violencia institucional* [en línea]. Buenos Aires: CELS. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <<https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/guardias-hospitalarias-web-1.pdf>>.

