

Salud mental y reparación en derechos humanos:

Políticas de Estado

Alejandro Guajardo

CINTRAS

Existe en el Chile de hoy un proceso claro y decidido orientado a la reparación y rehabilitación de las personas que fueron víctimas de la represión política durante la dictadura militar?, ¿cuánto de este proceso se expresa a plenitud en el sector salud? Tal vez un número no despreciable de personas y grupos en nuestro país afirmarían que efectivamente este proceso avanza en forma positiva. A lo mejor, también señalaría que quedan pendientes aspectos judiciales relacionados con el tema verdad y justicia, cuya reivindicación a ultranza pone en jaque la paz social; es probable, entonces, que dada esta situación, ellos estimen además que, en beneficio del bien general del país, prosigamos con estos esfuerzos reparativos en un contexto de impunidad «relativa» («la justicia en la medida de lo posible»), versión originaria de Patricio Aylwin, primer Presidente de la transición a la democracia.

Esta secuencia de supuestos no parece tan lejana de la realidad. La señal política más cercana de lo que está ocurriendo hoy en el campo de los derechos humanos la encontramos en el último discurso del Presidente Ricardo Lagos, del 21 de mayo de 2002, en el Congreso Nacional: sobre las violaciones a los derechos humanos provocadas por la dictadura en tantos miles de personas y de sus estigmas actuales no hubo ni un solo comentario; ello obedece a una cierta voluntad política que orienta hacia el desplazamiento de las tareas pendientes en este campo a un plano secundario de la agenda pública. En lo relativo al trauma psicosocial del terrorismo de Estado, la autoridad política opera metiendo en el inconsciente social la imagen de lo obvio, lo archisabido, lo internalizado colectivamente a punta de repeticiones inconexas y estereotipadas. En ello juega un rol de primerísimo orden el poder mediático, instrumento de privilegio a la hora de establecer este tipo de representaciones simbólicas. Tal como señala Pichón Riviere, la esencia de la construcción de subjetividad acrítica se sustenta, entre otras cosas, en la capacidad de hacer que lo evidente lo sea tanto que permita ocultar la esencia del fenómeno. Así, la realidad social no necesita ser cuestionada o problematizada, sólo asumida.

No deja de alarmar cómo la conciencia ciudadana es manipulada y vaciada de todo contenido crítico. Basta recordar que apenas hace un año, en enero de 2001, se conocía el informe final de la Mesa de Diálogo, que daba cuenta del papel de las fuerzas armadas en el exterminio de un número importante de chilenos. Verdad a medias que, a pesar de lo confusionista y contradictoria que resultó, no dejaba de entrever el dramatismo y lo demoníaco de algunas de las conductas criminales de los militares (remoción de cuerpos, lanzamiento al mar de cadáveres, etc.). Esa escandalosa parte de nuestra historia no alcanzó a hacerse un espacio suficiente en ninguna instancia del poder, y menos en el imaginario social, como materia ineludible de debate y de trabajo

por la restitución plena de la verdad y el derecho. Vivimos en un país que está conminado a dejar atrás sus dolores: hay que olvidarlo todo.

En este contexto de impunidad, injusticia, desprecio por el dolor de las víctimas y protección a los culpables es pertinente preguntarse, entonces: ¿Qué condiciones existen para la reparación en salud cuando el Estado chileno intenta clausurar el tema de los derechos humanos pretendiendo conformar a la sociedad en su conjunto con algunas exitosas pesquisas judiciales en un restringido número de casos, de esos mal llamados «emblemáticos»? Planteado en forma más general, ¿es posible ofrecer desde políticas sociales de Estado una reparación integral del trauma psicosocial en ausencia de solución plena e inequívoca al problema de la impunidad, *pathos* que se ubica en los fundamentos más graníticos de la profunda división existente entre los chilenos? A esta interrogante atenderemos en las siguientes reflexiones.

Contexto social y político

Los trece años de transición han conducido la modernización del Estado chileno por un camino continuista en lo económico, pero muy dinámico en esto de proseguir con el debilitamiento del Estado de bienestar mediante el expediente de las privatizaciones y la jibarización de las políticas públicas. Impera sin contrapeso un sistema jurídico, valórico, cultural, político e ideológico de corte neoliberal en el que sobrevive sólidamente un suprapoder pinochetista, responsable del congelamiento de los esfuerzos democratizadores de la sociedad. Este es el contexto que hay que examinar para comprender los éxitos y fracasos de los procesos de reparación y rehabilitación que se implementan desde el sector salud a través del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS).

1. Sociedad sustentada en un modelo neoliberal

El costo social más dramático de esta estrategia de desarrollo económico ha sido la profundización de la inequidad en la distribución de la riqueza social y el surgimiento de una brecha cada vez más amplia entre los sectores más ricos y los pobres. El sistema se ha caracterizado por su incapacidad para resolver el tema de la pobreza social. Lo anterior se suma a la reducción del aparato público, la disminución del presupuesto para el área social, la enajenación del patrimonio estatal, medidas todas ellas destinadas a dar cumplimiento al mandato de los polos económicos mundiales (representados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) en orden a completar los procesos transnacionalizadores y globalizadores; los Estados nacionales dependientes, como Chile, obedecen con obsecuencia. Hoy gran parte de la economía del país se encuentra a disposición del capital financiero internacional, apoyado por los grupos económicos locales.

Como parte integrada a este modelo se ha consolidado en Chile una economía de mercado que ha propiciado el consumo desenfrenado, el autofinanciamiento (forma tergiversada de propiciar el derecho individual de las personas), el endeudamiento (forma sutil y manipulada de encubrir la pobreza asociada a una cultura consumista), la

competencia desleal, la falta de solidaridad, el individualismo, el exitismo, etc. Profundiza este proceso la dominación ideológica y la de construcción de subjetividad desde el omnisciente poder mediático, que ha promovido con su violencia simbólica una cultura contravalórica que estimula la anomia social, el apoliticismo, la desideologización, la pasividad y la generación de un nuevo sujeto social: un ser contemplativo, acrítico e inmóvil, que observa el mundo desde la acera de enfrente.

2. Institucionalidad político-jurídica

Después de una década persiste sin modificaciones la Constitución Política elaborada por Pinochet, que da legalidad a la presencia permanente y determinante de las fuerzas armadas en la vida política y ha limitado la participación real de la ciudadanía en las instancias soberanas. La ilegitimidad de la Constitución de 1980 es otro cáncer de la transición, que cercena la expresión nítida de la voluntad popular al impedir que se democratizen instancias del aparato del Estado como el poder judicial, el parlamento y las propias instituciones militares. La impunidad para los crímenes, característica de esta etapa, ha pasado a ser un eslabón clave en este propósito de refundar el proyecto de sociedad a partir de un consenso político que asegure la paz social sobre la base de soluciones negociadas con las fuerzas armadas respecto de los crímenes sin castigo. Como resultado de lo anterior, se ha profundizado el daño psicosocial en los grupos de afectados y en la población general; la impunidad se ha transformado en el obstáculo principal para la elaboración del trauma social favoreciendo con ello la internalización disruptiva de las vivencias de desintegración, inermidad, aislamiento, frustración, miedo, inseguridad, etc., que se reproducen a diario en las experiencias intersubjetivas.

3. Las políticas de Estado para la reparación integral en salud

Los logros en materia de reparación han sido limitados a grupos específicos de víctimas y a algunos ámbitos de necesidades. La intersectorialidad como tal no opera ni como marco interpretativo ni como foco de estrategias reparativas (vivienda, salud, trabajo, previsión, entre otros). La reparación propiciada por el gobierno en el año 1992 se tradujo en la ley 19.123 para los familiares de detenidos desaparecidos y de ejecutados por motivos políticos, las leyes 19.234 y 19.582 para los exonerados políticos y la Ley de Retorno. Sin embargo, estos instrumentos legales no contaron con los recursos económicos necesarios para llevar adelante en forma eficaz medidas de apoyo y la burocracia estatal se transformó en un obstáculo para su implementación; muchos de los eventuales beneficiarios de aporte financiero para iniciativas de autogeneración de ingresos se vieron sobrepasados por las exigencias de certificados de diverso tipo (incluidos los de antecedentes), declaraciones de impuestos, avales, etc. Ello fue consecuencia del hecho que estas políticas de reparación han respondido al espíritu y a la letra del mercado; los créditos bancarios leoninos, el endeudamiento con tasas especulativas, las pensiones mínimas, la selectividad de ciertos programas sociales de apoyo, etc., responden a esta lógica. Estas restricciones también se han registrado, lamentablemente, en el sector salud: el PRAIS que implementa el Ministerio de Salud no da cuenta de la transgeneracionalidad del daño y limita su cobertura a la segunda

generación y, en el caso de familiares de detenidos desaparecidos y ejecutados, a sus nietos.

Modelo económico-social y salud pública

Durante la dictadura militar se inició un profundo proceso de transformación del sistema sanitario, que impactó fuertemente tanto su financiamiento como los recursos humanos. El desmantelamiento del hasta ese momento más solidario y progresista sistema público de salud existente en América Latina se realizó con estrategia «de shock», apoyado en la fuerza del terror ciudadano y en la incapacidad de respuesta social organizada. Se estaban sentando así las bases del neoliberalismo en Chile. En los años 80 se introdujo otra innovación con la creación de los Institutos de Salud Previsional (ISAPRES), entes privados que tienen como objetivo lucrar con la salud de las personas, ofertando una salud privada, que discrimina calidad asistencial según capacidad de ingresos a través de convenios que aseguran planes de prestaciones y seguros de vida. Simultáneamente, se transfiere la atención primaria de salud (consultorios) a los gobiernos locales (municipalidades) y se crean los Servicios de Salud Regionales. Los recursos humanos se congelan y se fortalece el modelo asistencial e institucional de salud. El gasto en salud llega a su porcentaje histórico más bajo, alrededor del 2% del PIB. Desde el punto de vista de la salud mental, los grandes avances en psiquiatría comunitaria y social alcanzados durante el gobierno de Salvador Allende se extinguen de inmediato con el golpe militar y se vuelve a un enfoque biomédico tradicional.

Con el inicio de la transición se produce una expansión sectorial en el ámbito de la infraestructura, los recursos humanos y la tecnología. Sin embargo, a pesar del aumento del porcentaje PIB destinado al sector salud, que llega ahora al 3.5%, comparado con el histórico nacional y los parámetros internacionales, sigue siendo bajo. El aumento de los recursos se adscribe de modo muy estricto al modelo neoliberal y a su particular economía de mercado. Las instituciones públicas de salud consolidan una estrategia de funcionamiento en base al autofinanciamiento vía cobro de prestaciones, restringiéndose cada vez más el aporte que entrega directamente el Estado. Este modelo de gestión pone lo financiero y lo administrativo por sobre las acciones de salud, priorizando una gestión que garantiza que lo realizable como práctica sanitaria sólo responda a criterios económicos. Los esfuerzos por transformar la salud en una empresa con características similares a las privadas han derivado en un importante endeudamiento del sector, que actualmente supera con creces los veinte mil millones de pesos (alrededor de treinta y cinco millones de dólares). Distorsionando el sentido real de esta deuda crónica de la salud pública, se justifica con en una supuesta incapacidad gestonaria del Estado (y de los profesionales y trabajadores de la salud) la necesidad de privatizar el sector.

El crecimiento del sector salud opera también con una fuente importante de recursos provenientes de proyectos, tanto nacionales como internacionales, y de préstamos multilaterales. Por este mecanismo se construyen hospitales y se contrata más personal. Es el caso de los programas PRAIS, que surgen con un soporte financiero con fondos provenientes del exterior y por un período que va desde 1991 hasta 1995, una vez finalizado el primer gobierno de la Concertación. Una contradicción significativa en

cuanto al papel que juega el Estado como actor principal en el proceso de reparación a las personas víctimas de la represión, ya que desde sus inicios el gobierno democrático no asume programáticamente una política global de reparación, que se sustente en un marco presupuestario consistente con una estrategia de carácter integral y nacional. La no consideración de recursos financieros sólidos dentro del presupuesto anual del Estado chileno hace impacto en el debilitamiento de los programas de salud mental, incluido el PRAIS. Con respecto a los recursos humanos, consecuente con la política jibarizante del sector público, se genera una tercera categoría de trabajadores del aparato público (las otras dos son los a contrata y los titulares), los llamados trabajadores «a honorarios», personas que son contratadas en condición de subempleo, con serias desventajas contractuales con sus pares de planta, en situación de inestabilidad laboral, quienes se suman a la ya mermada planta de trabajadores del sector salud. Todas las nuevas iniciativas en el sistema sanitario se implementan con este tipo de trabajadores. Es la realidad en la cual quedan sumergidos los equipos PRAIS, lo que indudablemente ha afectado su estabilidad.

En síntesis, el sector salud intenta operar como un sistema de salud privado, con los esquemas y metodologías propias de la economía de mercado (autofinanciamiento, autonomía en la gestión, racionalización del gasto, transformación del paciente en usuario, etc.), sobre endeudado (casi la totalidad de los grandes hospitales técnicamente quebrados), desarticulado, con un segmento importante de trabajadores en condiciones salariales precarias (actualmente presenta las remuneraciones más bajas del sector público), sin recursos para atención adecuada (insuficiencias de medicamentos, exámenes y tecnología), con un modelo de atención sanitario fundamentalmente asistencialista y operando en una situación global de crisis epidemiológica.

Desde el punto de vista del proceso salud-enfermedad, al daño generado por el terrorismo de Estado en la población general se suma la cultura contravalórica de la que ya hemos hablado, la pobreza y la impunidad como nuevos componentes dinamizadores de problemas de salud pública como la depresión, el alcoholismo y la drogadicción, los accidentes y, en un plano más psicosocial, la delincuencia, la violencia en sus más variadas expresiones, la prostitución y otros, lo que configura un marco de salud pública extremadamente alarmante y grave. Así, el sistema sanitario colapsado y en crisis se ve interpelado a operar con una realidad epidemiológica que el propio sistema social ha generando.

Sistema de salud y PRAIS

Conocido el hecho que los problemas de salud mental y psicosociales derivados del trauma por violaciones a los derechos humanos se diferencian de otros problemas de salud en cuanto a que tienen su origen en el ámbito sociopolítico, entonces, debiera esta determinante histórica ser el punto de partida para el proceso de reparación. En este caso el daño, tanto en el sujeto individual como en el colectivo, podrá ser abordado de modo totalizador en la medida que se genere un contexto sociopolítico reparador; este último requiere de la ausencia de impunidad, políticas sociales que impliquen una intersectorialidad real y efectiva, un sistema sanitario sensibilizado y consciente de esta

tarea rehabilitadora, equipos técnicos sólidos, estables y con recursos para sus acciones. Lo anterior interpela inevitablemente a una transformación sustantiva del proyecto país y a la democratización definitiva de la sociedad.

Al momento actual, sin embargo, los programas de reparación del sector salud han cursado en un marco de crisis estructural del sistema sanitario y en un contexto de impunidad para los agentes del Estado causantes del daño. Ello sin restar méritos a los importantes esfuerzos que han realizados por años equipos PRAIS comprometidos con la causa de los derechos humanos y la propia Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSAL), instancia técnica que en la práctica ha intentado consolidar y potenciar los esfuerzos que se hacen en este sector.

Los PRAIS surgen como respuesta reparativa desde el Estado, en concordancia con las recomendaciones que dio la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, las que se tradujeron en la Ley 19.123 de Reparación y Reconciliación, en las leyes 19.234 y 19.582 de Exonerados Políticos y en la Ley de Retornados. El programa surge por efecto de la aprobación de la Resolución Exenta N° 729 de 1992, del Ministerio de Salud; es decir, responde a una medida interna que impulsa el Ministerio y no a una ley de la república como son las mencionadas anteriormente. Esto define un marco de acción que queda supeditado a los lineamientos generales que el MINSAL va determinando año a año y a la disponibilidad de recursos que esta instancia pueda disponer para su implementación en el marco presupuestario anual.

Como resultado de lo anterior, el año 1994 los PRAIS se ven afectados por la falta de recursos, hecho que refleja un debilitamiento de la voluntad política de parte del Estado para apropiarse nítidamente del tema de la reparación a las víctimas. Como consecuencia del colapso financiero algunos equipos desaparecen con el consiguiente daño para los beneficiarios.

Convergen en esta etapa otras acciones más desde el Estado que están relacionadas, por una parte, con la continuidad de fondos y, por otra, con la necesidad de desperfilar la problemática existente. Se incorpora a los PRAIS que aún continuaban operando un tema hasta ese momento ajeno a su práctica clínica: la violencia intrafamiliar, sobre la base de que tanto los fenómenos de esta naturaleza como los vinculados al terrorismo de Estado tienen un mismo campo de estudio que es la violencia. Al incorporar dicha temática se podían obtener fondos tanto nacionales como internacionales para seguir funcionando y, además, indirectamente se desperfilaba el papel del Estado en la reparación de víctimas de la dictadura. Este proceso significó debilitar la cantidad de horas disponibles para las diferentes actividades de los equipos hacia los afectados, lo que generó en ellos nuevas frustraciones.

Ya en una tercera fase, los equipos que permanecen desarrollando su quehacer logran rearticular una propuesta que retoma el sentido original de los PRAIS; sin embargo, la inestabilidad laboral (contratos a honorarios) y la ausencia de un marco presupuestario estable, bloquean los intentos por desarrollar una acción sanitaria claramente reparativa. Los esfuerzos de los beneficiarios, de los equipos y de la Unidad de Salud Mental del

MINSAL chocan con las políticas globales, que buscan mantener este ámbito en un perfil bajo. De esta forma los programas PRAIS quedan a la voluntad de la autoridad sanitaria del momento y de las políticas presupuestarias que ordena el Ministerio de Hacienda. Este devenir ya no atenta sólo contra los usuarios del programa sino que genera una condición estructural que daña a los equipos. El daño vicario -referido al impacto que tiene en el equipo de salud la atención a los afectados- hoy se vincula más con estos fenómenos que con el trauma derivado del terrorismo de Estado.

Un reflejo de lo anterior es lo señalado por uno de los equipos PRAIS, que en una reciente declaración pública denuncia esta situación:

«1. Que, por la imperiosa necesidad del Servicio de rebajar los contratos a honorarios del personal adscrito a los diferentes programas de salud- incluido el PRAIS- siguiendo indicaciones de la Contraloría General de la República, adoptó la resolución de terminar dichos contratos al 30 de marzo del 2002.

2. Que, las únicas alternativas legales para la contratación del personal, incluido PRAIS, que atendería desde el 01 de abril del 2002 deberían ser realizados bajo la modalidad de compra de servicios a terceros, como por ejemplo, asociaciones de profesionales entre otras.»

«El director del establecimiento determinó separar el área PRAIS dejándolo sólo en la zona de psiquiatría, para trasladar al personal de medicina general a otro punto. Este cambio, que podría parecer insignificante, es a juicio de la jefa del área asistencia social del Programa de Derechos Humanos del Ministerio de Interior, Victoria Baeza, importantísimo: podría desencadenar demoras considerables en el tratamiento de pacientes.»

Muchas veces la respuesta ante esta situación viene de las propias agrupaciones de víctimas de la dictadura quienes deben movilizarse para evitar que los equipos tiendan a su disolución; por esta misma razón es que han terminado por darse una organización nacional, la Coordinadora Nacional de Beneficiarios PRAIS, que se constituye en instancia reivindicativa. De igual forma, la fragilidad con que ha operado este programa de salud es muy sensible para las agrupaciones, ya que los PRAIS simbolizan la única medida concreta que hoy el Estado tiene puesta en escena como política social de reparación. Situación paradójica, ya que primariamente es el sistema público el encargado de velar por su continuidad. Sin embargo, la realidad es otra y hoy observamos que las agrupaciones de víctimas se movilizan junto a las ONGs de derechos humanos y algunos equipos PRAIS para lograr que se dé el carácter de ley al programa de reparación en salud.

Por otra parte, es necesario consignar que los programas PRAIS se incorporaron organizacionalmente a las Unidades de Salud Mental y los equipos se adosaron a los policlínicos de especialidades en el nivel secundario de atención. Este solo hecho favoreció la introducción de una perspectiva reduccionista respecto del carácter del trauma y de las estrategias de reparación. En un corto plazo se produjo una

compartimentación del accionar de los equipos al alejarse la posibilidad de que el programa interactúe con toda la red sanitaria. Si alguien requería atención en otras especialidades o niveles de atención, no estaba siendo incorporado en un sistema sanitario que hubiese asumido en forma integrada y como tarea colectiva la reparación, más bien se reafirmaba la visión histórica de equipos de especialistas que actúan en forma aislada. Lo anterior redundó en la ausencia de conciencia en el tema de las violaciones a los derechos humanos en gran parte de la red de salud, transformándose los PRAIS en verdaderas islas, muchas veces estigmatizados como reductos izquierdistas o privilegiados. De esta forma, no ha sido raro observar que pertenecer al programa se constituye en una suerte de perjuicio más que beneficio: el consultante se siente estigmatizado e incluso atemorizado ante el rechazo que genera en otras instancias hospitalarias; con frecuencia los propios afectados señalan que «es mejor no decir que somos PRAIS y se nos atiende más rápido y mejor». Hemos pesquisado retraumatizaciones graves en situaciones tales como interconsultas en la red del intra sistema de salud, cuando un beneficiario del programa, por descuido inexcusable de algún miembro del equipo, ha sido atendido por ex torturadores, miembros de las fuerzas armadas o profesionales que lo descalifican abiertamente por su condición política y por la experiencia vivida.

Debido a todas las complejidades señaladas, los resultados del programa no han sido satisfactorios, a pesar de la existencia del Plan Nacional de Salud Mental, de la Norma Técnica de Atención y de los programas operativos. El propio MINSAL reconoce no más de 50.000 personas atendidas de una proyección de alrededor de 200.000. En la actualidad existen no más de 65 funcionarios (profesionales, técnicos y administrativos) contratados en diversas modalidades para intervenir a nivel nacional en el proceso de reparación integral, algunos de ellos co-participando en los programas de atención a afectados por violencia intra familiar.

Las víctimas del terrorismo de Estado continúan en un régimen de abierta insatisfacción en cuanto a políticas de reparación en salud se refiere. Ello explica que muchas personas han profundizado su daño, otras han evolucionado hacia la cronificación de sus enfermedades. La desesperanza y la frustración han sido ocasionadas también desde el propio aparato de salud. Este hecho, de alcance moral y ético, es de suma gravedad, ya que pone en entredicho la credibilidad de las políticas públicas en el campo de la salud en relación con un Estado que se afirma comprometido con los derechos humanos. El PRAIS, como solución país, hasta ahora no ha logrado dar respuesta al problema de la reparación integral para las víctimas, cuestión que está lejos de explicarse por el grado de capacidad y dedicación de los profesionales y técnicos que allí laboran.

Propuesta de reparación desde la salud pública

¿Qué se debe hacer, entonces, para que la rehabilitación, reparación y reinserción se transformen en un hecho efectivo, real y concreto? El primer marco de reparación debe ser contextual e implica, necesariamente, la superación definitiva de la impunidad, hecho indisolublemente ligado a la profundización de los procesos de democratización del país. Desde esta perspectiva, ya no sólo los logros alcanzados por los equipos de

salud y los beneficiarios serán importantes, sino también los inevitables cambios a nivel macro sistémico. Estos cambios dicen relación con aspectos estructurales como el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de los sectores más pobres y afectados -es decir, el reparto solidario de la riqueza social- y en el ámbito cultural, para permitir la irrupción de valores positivos, de promoción y defensa de los derechos humanos. Se debe sumar, además, una intersectorialidad real y no formal, que no sólo debe estar centrada en la coordinación e intercambio de información, sino en la resolución efectiva de problemas como vivienda, previsión, seguridad social, educación, jurídica, etc.

En el ámbito del sector salud, los cambios debieran garantizar el surgimiento de nuevas políticas de Estado para los procesos de rehabilitación y reparación, que contemplen la participación activa y democrática de todos los sectores sociales en su elaboración y puesta en marcha; debieran garantizar, también, el desarrollo pleno, vigoroso y protagónico de nuestra salud pública y la superación de la crisis financiera que tiene al sector sumido en una real bancarrota.

En este sentido, el fortalecimiento del programa de reparación en la red sanitaria estará en dependencia de la implementación de la reforma en salud hoy en curso. Su espolón de proa, el Plan de Acceso Universal y Explícito (AUGE), que propicia una canasta de prioridades, y las fases siguientes, que incluyen seguros privados y una transformación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en una ISAPRE pública, atentan definitivamente contra el programa PRAIS. Esto ha llevado a que las personas afectadas por la dictadura se hayan movilizado para defender el carácter público de la salud, único escenario posible para que el programa PRAIS pueda operar.

También, a fin de fortalecer las estrategias de intervención, se requiere mejorar las orientaciones técnicas y programáticas emanadas desde el sector salud. A pesar del avance que se produce con el Plan Nacional de Salud Mental, en el cual está incorporado el programa PRAIS, aún quedan pendiente algunos desafíos. Se requiere dar una mirada psicosocial a la planificación de acciones en salud y definitivamente eliminar las restricciones a los beneficiarios del programa, acogiendo con ello una premisa básica del daño derivado de las violaciones a los derechos humanos: la transgeneracionalidad.

En un contexto de salud pública sólida, con un programa posicionado en la red sanitaria, se debe propiciar la conformación efectiva de equipos PRAIS en todos los servicios de salud del país, con recursos humanos y financiamiento estables, planes específicos de atención y capacitación permanente de quienes van a participar en ellos.

Al mismo tiempo, es necesario que el sistema sanitario se sume en plenitud a esta tarea. Para ello se debe promover en la totalidad del sector un plan de difusión, promoción y capacitación en materia de derechos humanos; integrar de modo real y efectivo las normas de atención a los beneficiarios PRAIS y no limitarse sólo a su distribución; lograr de parte de los equipos de salud un reconocimiento global de la magnitud del trauma y sus consecuencias (transgeneracionalidad y procesos de retraumatización)

dejando de lado criterios como edad, vínculos sanguíneos y otros, como requisitos de ingreso para la atención psicosocial. Las restricciones actualmente existentes responden más bien a criterios presupuestarios que a criterios técnicos que aborden de manera apropiada el daño.

Es preciso crear las condiciones para que los equipos PRAIS profundicen su accionar, integrando a su quehacer una mirada claramente psicosocial, que les permita salir del espacio intrahospitalario y situarse en un contexto comunitario, estableciendo una relación no sólo con los beneficiarios, sino con el resto del sistema de salud y la población general. Debe existir una conexión real con los espacios naturales de las personas y, en especial, un trabajo de apoyo y acompañamiento a las organizaciones de víctimas de la represión.

En síntesis, los equipos PRAIS deben transformarse en un centro articulador y coordinador de la red de salud y de salud mental en el ámbito de los derechos humanos, que asegure la continuidad de las atenciones, tanto sanitarias como sociales, basado en la cooperación y corresponsabilidad con los usuarios y entre las distintas unidades asistenciales y comunitarias, la adecuada y oportuna transmisión de información entre los equipos de salud tratantes y el mantenimiento de una línea de actuación coherente en todo el proceso salud-enfermedad. Por otro lado, es necesario diseñar planes y estrategias para que equipos de salud más general -léase centros de atención primaria (consultorios), centros de salud mental familiar (Cosam), centros de referencia en salud (CRS) y centros de diagnóstico y tratamiento (CDT)- incorporen en su quehacer metodologías de intervención que aborden de manera sistemática fenómenos como violencia cotidiana, violencia social, fenómenos de alienación anómica, indiferencia, desconfianza y miedo, potenciando con ello una reconstrucción del tejido social desde la propia base comunitaria y conectando dichos procesos psicosociales a los factores estructurales que les subyacen.

Esta imbricación entre las acciones de salud y las transformaciones sociales puede producir cambios favorables en los procesos salud-enfermedad de las víctimas de las violaciones a los derechos humanos: facilita la elaboración del trauma, la creación de soportes comunitarios y produce avances en los procesos de inserción socio-laboral.

El resultado final ya no será sólo un individuo rehabilitado, sino la puesta en marcha de complejos procesos individuales y sociales alrededor de la rehabilitación y reparación, cuyo punto de referencia y objeto de estudio-acción es la díada sujeto individual-sujeto social. Se entenderá exitoso el proceso si hay finalmente verdad y justicia, una cultura de los derechos humanos, dignificación del grupo y del sujeto-objeto del trauma y su integración plena a la sociedad en todos los ámbitos (laboral, familiar, económico, político, cultural, jurídico, social). La rehabilitación, reparación e integración, vista de esta forma, deja de ser sólo el proceso de cambios del sujeto, para constituir una secuencia de transformaciones simultáneas del individuo y de la sociedad. Así, junto con la persona víctima de la violación a sus derechos humanos, se rehabilita y repara también el sistema social en su conjunto.

Comentario final

Nuestra tarea como miembros de equipos de salud no es quedarnos estancos en el mero quehacer clínico-técnico, sino colaborar a que la persona afectada sea gestora de su propia integración social. Debemos sobrepasar las fronteras de tecnicismos terapéuticos para situarnos como protagonistas activos de los cambios sociales que se requieren para que la rehabilitación y la reparación que nosotros pretendemos efectivamente cumpla con el objetivo de superar la exclusión social de las víctimas de las violaciones de los derechos humanos.

Bibliografía

Madariaga, Carlos. 2001. *La Mesa de Diálogo y sus efectos psicosociales en la provincia de Iquique*. En: Reflexión 26: 4-8.

Guajardo, Alejandro. 2001. *Rehabilitación y reintegración*. En: Reflexión 27:13-17.

***Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE)*. 2002. Santiago de Chile, Ministerio de Salud.**

***Plan Nacional de Salud Mental*. 2001. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental.**

***Orientaciones técnicas redes de salud mental y psiquiatría*. 1999. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental.**