

Rehabilitación y reintegración

Alejandro Guajardo¹

*Ponencia presentada en la Conferencia Internacional
“Consecuencias de la Tortura en la Salud de la Población
Chilena: Desafíos del Presente” realizada por el Ministerio de
Salud los días 21 y 22 de junio de 2001 en Santiago de Chile.*

Es un hecho indiscutido el significativo impacto que el terrorismo de Estado y las consecuentes violaciones a los derechos humanos ejercidas durante la dictadura de Pinochet han tenido para la población en general y los grupos de afectados directos en particular. Por lo mismo, conceptos tales como rehabilitación, reparación y reinserción han pasado a ser también aspectos de permanente problematización en los últimos diez años. Constituyen tareas pendientes que merecen ser puestas en discusión, ya que es en estos ámbitos donde se refleja con mayor crudeza la deuda que aún persiste desde el Estado y la sociedad hacia quienes fueron víctimas de las violaciones a sus derechos humanos.

Para abordar dicha temática, me parece necesario referirme, primero, a los factores que han incidido de manera determinante en el incumplimiento de los objetivos mencionados.

Origen del daño y reparación

Cuando nos referimos a la rehabilitación, se alude a un concepto que deviene de la práctica médica en salud y, en particular, de un nivel de atención específica (terciaria). Se entiende por atención terciaria los procesos mediante los cuales se asiste a personas cuyo desempeño se ha visto afectado por algún proceso mórbido. Se apunta a que el sujeto llegue a funcionar de la mejor manera posible, desplegando al máximo sus capacidades operacionales, tanto en el plano de las funciones cognitivas como en lo emocional y en las relaciones interpersonales, permitiendo con ello la reconstrucción de un proyecto de vida que favorezca la capacidad del sujeto como ser activo y productivo. En síntesis, se trata de restituir y restablecer las capacidades dañadas o perdidas para que la persona vuelva a ser funcional en su medio.

De la anterior definición se desprenden los siguientes hechos: se alude al sujeto individual, aunque en el proceso de reparación puedan participar familias y grupos; está centrado en los aspectos biomédicos y psicológicos; se requiere de un equipo especializado en su desarrollo, y el objetivo es restituir un sujeto operativo para las exigencias que el medio le impone. Nada se dice del origen del daño que ocasiona la pérdida de funciones personales, del entorno en que se desarrollan los procesos de recuperación y del papel que juega el contexto social para acoger y permitir el despliegue de las personas que se supone recuperaron la funcionalidad de sus capacidades.

De acuerdo a este enfoque, la rehabilitación, además, se une de modo inseparable a la reinserción, hecho que también pone el acento en que la persona está marginada del

¹ *Terapeuta ocupacional y terapeuta familiar, miembro del equipo CINTRAS-Tarapacá. Jefe de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Iquique.*

funcionamiento social por la pérdida de capacidades que ha sufrido producto de los procesos médicos. Aquí correspondería preguntarse si el sujeto se desinserta del tejido social o la persona es expulsada de éste.

En cuanto a la reparación, me parece que éste es un concepto más amplio, que escapa al ámbito de las acciones del sector salud y posiciona al sujeto en un campo más abarcativo. Orienta al hecho de restaurar, recomponer, volver al estado anterior. Implica la posibilidad de enmendar, subsanar el daño ocasionado, desagraviar, satisfacer, resarcir y compensar al sujeto o grupo afectado. En este sentido, podríamos entender que la reparación conlleva no sólo los aspectos médicos, psicológicos y sociales, sino también aspectos valóricos, morales, culturales, políticos y materiales que requieren de una acción mucho más amplia que la de un equipo médico especializado.

Tanto la rehabilitación como la reparación son procesos inseparables para las personas que fueron víctimas del terrorismo de Estado. Sin embargo, el gran punto en discusión es si estos procesos por sí solos resuelven las dificultades que han tenido las víctimas de la dictadura y si con ellos las personas se integran nuevamente a la sociedad en forma plena. Para responder a esta pregunta, es preciso considerar que la rehabilitación y la reparación no son fenómenos abstractos y ahistóricos. Las dinámicas y los resultados de estos procesos dependen en gran medida de cómo la estructura social examina, evalúa y define enfrentar este problema.

La experiencia nos demuestra que al poner el acento en la rehabilitación y reparación de las personas como un hecho separado del contexto en que se realiza, no ha sido posible cumplir el objetivo de lograr su reinsertión social y, en muchos casos, este accionar sólo ha contribuido a profundizar el daño. Es imprescindible tener en consideración que el trauma tiene su origen primario en lo político y social, y que, por lo tanto, la rehabilitación y reparación también estarán en dependencia de estos fenómenos. Al respecto, existe relativo consenso en cuanto a los procesos de retraumatización permanente de las víctimas, asociados a los acontecimientos políticos en curso. Léase la detención de Pinochet, la mesa de diálogo, la información sobre detenidos desaparecidos, la no filiación de Pinochet, entre otros. En Iquique, por ejemplo, a pesar de los esfuerzos desplegados tanto por el equipo PRAIS (Programa de Reparación y Atención Integral en Salud) de la ciudad como por la ONG CINTRAS para facilitar procesos de elaboración del trauma y acompañar a los familiares en éstos, dichas dinámicas se han visto perturbadas por los acontecimientos políticos de los últimos meses, tales como la confusa información de la mesa de diálogo e incluso la falsedad de algunos antecedentes entregados, hechos que han provocado verdaderos terremotos emocionales en las agrupaciones, familias y personas. De esta forma, los acontecimientos políticos están determinando el curso de los procesos terapéuticos psicosociales y la capacidad de apoyo de los equipos de salud.

Contexto socio-político y reparación

Si señalamos que el momento histórico, la situación político-social, definen el contexto en que se realizan las acciones de rehabilitación y reparación, estamos exigidos a examinar cuál es ese contexto. Por lo tanto, deberemos remitirnos al Chile de hoy, a lo que sucede actualmente en nuestro país en lo que respecta al papel del Estado como generador de las condiciones de fondo para la reparación en materia de derechos humanos.

Al respecto, podemos dar cuenta de lo siguiente: existe un modelo de sociedad marcado por un sistema neoliberal. Este sistema se caracteriza por su imposibilidad de resolver el tema de la pobreza social, por la promoción de una cultura hegemónica impregnada por el consumismo, el exitismo, el individualismo, la competencia desleal, la falta de solidaridad, la tendencia al funcionamiento anómico, la desideologización, el apoliticismo y una serie de otros ismos que configuran una propuesta contravalórica que ha hecho nacer un sujeto social e individual acrítico, pasivo y contemplativo. Al modelo le es consustancial una psicología social que promueve la homogeneización del sujeto, la uniformación mental de los individuos.

Desde el punto de vista institucional y jurídico, persiste la institucionalidad de la dictadura de Pinochet, la que se expresa entre otros aspectos en el militarismo y la impunidad para los violadores de los derechos humanos. Su corolario es un efecto de profundización del daño psicosocial, que ha cronificado procesos tales como el miedo, la apatía, indiferencia, anomia y violencia social. Esta situación impide la elaboración del trauma y favorece, con ello, mecanismos de internalización de vivencias de desintegración de las representaciones sociales y pérdida de apoyo al psiquismo de los sujetos. La impunidad se constituye, entonces, en un estímulo permanente de cronificación del daño, en una suerte de herencia psicosocial, de carácter transgeneracional, frente a la cual los esfuerzos reparatorios sólo han tenido un carácter parcial.

Se suma a lo anterior la ausencia de una política de Estado coherente con la magnitud del daño y que se exprese en una resolución efectiva de las necesidades de las víctimas (vivienda, salud, previsión, etc.), una resignificación de los hechos acaecidos que rescate el perfil humano y social, la dignidad de las personas que fueron víctimas de violaciones a sus derechos humanos y la disposición de recursos que permitan estructurar un sistema sanitario que aborde de manera apropiada los problemas psicosociales derivados del trauma.

Resultado de esta situación son los efectos negativos que podemos observar en diferentes niveles:

En los sujetos: daño somático, enfermedades recurrentes, envejecimiento prematuro, cuadros depresivos, trastornos ansiosos y fóbicos, daño en las relaciones interpersonales, disfunciones familiares, fragilidad de las redes de apoyo, estilos de comunicación y resolución de conflictos marcados por la rigidez, la marginación social y laboral, entre otros.

En el sistema de salud: crisis estructural del sistema, restricciones presupuestarias como resultado del sobreendeudamiento del sector, acciones de privatización del mismo, ausencia de implementación real de una política de rehabilitación y reparación que se exprese en la existencia en todos los servicios de salud de equipos PRAIS fuertes y con recursos (de hecho, los presupuestos regulares de salud mental no contemplan financiamiento para estos programas); un sistema de salud dañado que ignora a los beneficiarios PRAIS, hecho que deriva en que las otras instancias de salud concurren a la atención de las personas más bien por compromisos personales que como sistema que reconoce la legitimidad de la atención; ausencia de intersectorialidad, daño vicario en los equipos, etc.

En la sociedad: presencia de una cultura contravalórica; la ausencia de políticas integrales de Estado; la persistencia en quienes ejercieron el terrorismo estatal, de una

condición de poder paralelo; legitimación de la doctrina de seguridad nacional e impunidad para los culpables; politización de las fuerzas armadas, etc.

En este contexto, resulta incuestionable que los esfuerzos desplegados por los equipos de salud, psicosociales y las ONGs tengan una respuesta restringida en lo que respecta a la rehabilitación, reparación y reinserción social. El daño es imposible de resolver en forma efectiva en el contexto señalado; por el contrario, durante estos últimos años en muchos casos se ha producido una profundización del mismo. Al trauma generado por las violaciones a los derechos humanos, se suma el trauma derivado de la incapacidad del Estado y la sociedad para resolverlo de manera global.

Es preciso constatar que la rehabilitación y reparación ha fracasado como proceso colectivo y social, aunque en algunos individuos y pequeños grupos puedan darse experiencias positivas aisladas.

Abordaje intersectorial

¿Qué se debe hacer, entonces, para que la rehabilitación, reparación y reinserción se transformen en un hecho efectivo, real, concreto?.

En primer lugar, el proceso se debe centrar en una relación permanente entre el sujeto y la sociedad, entendiendo por sujeto no sólo a la persona concreta sino también al grupo específico que lo representa. Sólo así se podrán abordar de modo abarcativo y a la vez específico los procesos mórbidos en su totalidad, en plena relación con el contexto social. Se reconocerá, de esta forma, que los problemas psicopatológicos y psicosociales ligados a la represión política encuentran su origen en los conflictos sociales, expresión del conjunto de contradicciones históricas existentes en una sociedad dada. A diferencia de otros problemas psicológicos y psicosociales que tienen su punto de partida en conflictos intrapsíquicos o bien en conflictos interpersonales, aquí el conflicto es primariamente político-social.

Por tanto, 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 con el ámbito cultural, para permitir la irrupción de valores positivos, de promoción y defensa de los derechos humanos.

Fortalecimiento de los equipos PRAIS

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. Lo anterior, se debe traducir en la conformación efectiva de equipos

PRAIS en todos los servicios de salud del país con recursos humanos y financiamiento estable, 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.

Mención especial en esta línea de acción merece el reconocimiento explícito del Estado hacia al quehacer desarrollado por las ONGs. Su experiencia, la sistematización teórica y metodológica de su quehacer y su equipo profesional capacitado garantizan un soporte importante en los procesos de rehabilitación y reparación, lo que debe ser refrendado a través de un quehacer claramente intersectorial y de cooperación con el sector salud. Potenciar con ellos los esfuerzos, recursos y experiencias garantiza una mejor y efectiva acogida a las víctimas de la represión.

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: favorece la elaboración del trauma, la creación de soportes comunitarios y 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 una integración plena de este sujeto 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 transformarse en 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.

Por tanto, nuestra tarea como miembros de equipos de salud no es quedarnos en el mero quehacer clínico-técnico, sino colaborar, además, a que la persona afectada sea gestora de su propia incorporación 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.

Publicado en revista Reflexión N° 27, ediciones CINTRAS, Santiago de Chile, septiembre de 2001. Págs.13-17.