



# MIRAR TRAS LOS MUROS

SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS  
DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD  
EN CÓRDOBA

TERCER INFORME PROVINCIAL - AÑO 2015



Comisión  
y Archivo  
Provincial de la  
Memoria



UNC

Universidad  
Nacional  
de Córdoba



REFORMA  
1978-2018



OBSERVATORIO  
DERECHOS HUMANOS

3er. INFORME PROVINCIAL • AÑO 2015

## MIRAR TRAS LOS MUROS

SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS  
DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN CÓRDOBA

*Comisión Provincial de la Memoria de Córdoba*



Comisión  
y Archivo  
Provincial de la  
Memoria



Universidad  
Nacional  
de Córdoba



OBSERVATORIO  
DERECHOS HUMANOS



ENCUENTRO  
Grupo Editor

**Título:** *Mirar tras los muros*  
*Situación de los Derechos Humanos*  
*de las personas privadas de libertad en Córdoba*  
*3er. Informe Provincial • Año 2015*  
*Comisión Provincial de la Memoria de Córdoba*

Ilustración de tapa basada en un dibujo de Francisco Ferreyra

Mirar tras las paredes : situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba / Lucía Bonafé ... [et al.]. - 1a ed.  
.- Córdoba : Encuentro Grupo Editor, 2018.  
446 p. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-4078-96-4

1. Derechos Humanos. 2. Violación de los Derechos Humanos. 3. Protección de los Derechos Humanos. I. Bonafé, Lucía  
CDD 323

© de todas las ediciones, los autores

© 2018 Encuentro Grupo Editor

1° Edición.

Impreso en Argentina

ISBN: 978-987-4078-96-4

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.  
Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o por fotocopia sin autorización previa.



[www.editorialbrujas.com.ar](http://www.editorialbrujas.com.ar) [publicaciones@editorialbrujas.com.ar](mailto:publicaciones@editorialbrujas.com.ar)  
Tel/fax: (0351) 4606044 / 4691616 - Pasaje España 1486 Córdoba-Argentina.

## **Comisión Provincial de la Memoria (Ley 9286)**

### **Poder Ejecutivo:**

Marta Moukarzel, Subsecretaria de DD. HH.

Jorge García, Secretario de Justicia

### **Poder Judicial:**

María de los Ángeles Bonzano, Vocal de la Cámara 1<sup>era</sup> de familia

Javier Romero, Asesor Letrado

### **Poder Legislativo:**

Nadia Fernández, Unión por Córdoba

Marta Juárez, Frente Cívico

### **Abuelas de Plaza de Mayo:**

Ana Barnes

Carolina Alvo

### **Asociación de Expresos Políticos:**

Jorge Vega

### **Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas:**

María del Carmen Torres

María Rosa Bilavcik

### **H.I.J.O.S. Córdoba:**

Lucía Bonafé

Silvia Di Toffino

### **Universidad Nacional de Córdoba:**

Eduardo Garbarino Pico, Facultad de Ciencias Químicas

Jacinta Buriyovich, Observatorio de DD. HH. e IIFAP

## Índice

Introducción ..... 13

### Capítulo 1

A diez años de políticas públicas de memoria en Córdoba:  
Reflexiones para encarar los nuevos desafíos en la tarea  
de gestión colectiva del Estado..... 43

*Lucía Bonafé*

### Capítulo 2

Políticas de Seguridad y Fuerza Policial: Uso letal de la fuerza,  
Código de Convivencia y control judicial ..... 61

*Lic. Magdalena Brocca – Mgter. Susana Morales*

*Ab. Valeria Plaza*

Equipo de acompañamiento psicológico a familiares víctimas por el uso  
letal de la fuerza en contextos de búsqueda de justicia..... 95

*Ariel Aybar – Manuel Badino*

*Magdalena Brocca – Jeremías Miretti*

*Yanina Petiti – Jacinta Burijovich (coordinación)*

### Capítulo 3

Requisas corporales: una forma de violencia rutinizada  
en las prisiones ..... 115

*Valentina Risso – Jorge Perano*

### Capítulo 4

El derecho a la salud mental en Córdoba 2015: Consolidando  
los procesos de acción colectiva..... 137

*Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos*

El derecho a la salud mental en Córdoba 2015: consolidando los procesos de acción colectiva .....	139
<i>Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos Jacinta Burijovich</i>	
1. Déficit de las capacidades estatales para la plena implementación de las leyes de salud mental .....	156
<i>Iván Ase</i>	
Barreras para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales en proceso de externación .....	159
<i>Laura Ariadna Atala –Soledad Buhlman María Paz Caminada Rossetti –Sol Victoria del Carpio Solana María Yoma</i>	
La atención en salud mental en hospitales generales.....	180
<i>María Paz Caminada Rossetti –Sol Victoria del Carpio Ana Heredia</i>	
Justicia y sistema de salud: perspectivas sobre el tratamiento psicoterapéutico .....	206
<i>Marcelo Cappelletti</i>	
Salud mental en el interior provincial: un análisis desde la accesibilidad.....	228
<i>Cecilia Berra – Fiorela Bocco –Lucía Galíndez</i>	
2. Ampliando nuestra visión del campo de la Salud Mental Informe anual sobre la situación de los derechos de las personas con discapacidad-aplicación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPCD) en Córdoba...	237
<i>Mesa de Trabajo en Discapacidad y Derechos Humanos de Córdoba</i>	

Hacia una ley general de salud para la provincia de Córdoba. Dimensiones a considerar. Apuntes para debatir .....	262
<i>Jacinta Burijovich</i>	
3. Problemáticas emergentes. Personas en situación de calle.....	273
<i>Solana Yoma – Melisa Herranz Jacinta Burijovich – Rodrigo Díaz</i>	
4. Aportes para el monitoreo y la transformación de las políticas y las prácticas. Hacia un protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencias en salud mental.....	295
<i>Soledad Buhlman – Jessica Ferreyra Ana Heredia – Natalia Monasterolo</i>	
4. Matriz de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Aportes al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental .....	308
<i>Mgter. en Salud Mental Mariana Illanes Passera Mgter. en Salud Mental Diana Scorza</i>	
5. Acción colectiva en Salud Mental. Confluir. Usuarios/as en acción por el derecho a la salud mental .....	323
<i>Confluir</i>	
<b>Capítulo 5</b>	
Situación de niños, niñas y jóvenes privados de libertad en instituciones no penales.....	329
<i>Edna Marysel Segovia – María Eugenia Valle Sofía García – Micaela Reynaga María Rosa Carelli – Rosario Primo Martina Florencia Feros – andra Gezmet</i>	

15. **Protección de la salud de la población:** La protección de la salud es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos, puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población. El Ministerio de Salud protegerá la salud de la población mediante actividades y servicios que actúen sobre los riesgos presentes en el medio y en los alimentos, a cuyo efecto se desarrollarán los servicios y actividades que permitan la gestión de los riesgos para la salud que puedan afectar a la población. Las acciones de protección de la salud se registrarán por los principios de proporcionalidad y de precaución, y se desarrollarán de acuerdo a los principios de colaboración y coordinación interadministrativa y gestión conjunta. Las organizaciones sociales podrán participar en el desarrollo de actividades de protección de la salud. El Ministerio de Salud promoverá la participación efectiva en las actuaciones de protección de la salud de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen.

### 3. Problemáticas emergentes

#### Personas en situación de calle

*Solana Yoma*

*Melisa Herranz*

*Jacinta Buriyovich*

*Rodrigo Díaz*

#### Introducción

Durante el año 2015, el Instituto de Género y Promoción de la Igualdad del Defensor del Pueblo de la Provincia de Córdoba y la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba realizaron de manera conjunta un informe titulado "Personas en Situación de Calle 2015", que tuvo como objetivo visibilizar, actualizar y delinear las principales características de dicha problemática en la ciudad de Córdoba.

El presente artículo se propone complementar ese análisis con las particularidades específicas de los usuarios de servicios de salud mental que se encuentran en situación de calle. Aun comprendiendo que la falta de un hogar y el estado de desafiliación que produce esta situación genera graves afectaciones a la salud mental de las personas, a los fines de este informe se abordará particularmente la problemática de los usuarios de servicios de salud mental que contaban con trayectorias institucionales previas a la situación de calle, quedando como un desafío pendiente el poder profundizar los alcances de este estudio para aquellas personas con padecimientos subjetivos

que se encuentran por fuera de los circuitos institucionales de abordaje de la salud mental.

Al hablar de “*personas en situación de calle*” hacemos alusión tanto a personas que transitan su vida y pernoctan en el espacio público, durmiendo literalmente en la calle, como aquellas que habitan o pernoctan en hogares o pensiones por carecer de una residencia estable o de soluciones habitacionales permanentes y sostenibles.

La problemática de la situación de calle en el marco de un informe de salud mental, nos lleva a discutir acerca de lo que concebimos por “*externación*” dentro del proceso de desmanicomialización que promueven las actuales normativas en este campo. En este apartado, y siguiendo lo propuesto por el CELS<sup>159</sup> (2015) entendemos la “*externación*” no como el equivalente al alta médica, ni a la trans-institucionalización ni al abandono de las personas a su suerte. Por el contrario, concebimos a la *externación* como un proceso de acompañamiento en la recuperación de su condición de sujeto de derechos y en la revinculación a la comunidad de la cual fue expulsado, para que desde ahí recupere su independencia y autonomía con los apoyos necesarios, y en las mismas condiciones que los demás. Al respecto, el CELS (*op. cit.*) plantea: “*El marco legal nos convoca a no pensar la externación como una estrategia únicamente terapéutica o un dispositivo hospitalario más, sino como una política estatal de salud pública que implica reformas normativas, de diseño y ejecución de programas y, primordialmente, de incremento y reasignación presupuestaria para crear y fortalecer un sistema de salud mental pública centrado en la atención primaria, preventiva*

<sup>159</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) “*Barreras para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales en proceso de externación de instituciones de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires y las Provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. Estudio de caso cuali-cuantitativo de tipo descriptivo.* Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

*y operativa en el ámbito de la comunidad”.*

Esto nos aleja de interpretaciones intencionadas a la cuales suele recurrirse —amparados en el discurso de la desmanicomialización— para justificar la reducción del gasto en salud mental desde una política de ajuste. Como se analizará a continuación, es precisamente esta desinversión en políticas sociales en general, y en salud mental en particular, la que conlleva que la salida del manicomio —tan anhelada desde una perspectiva de salud mental comunitaria— termine radicalizándose en la situación de calle, como escenario último del retiro del Estado de sus funciones de garante de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas.

A los fines de este informe, la construcción de la información estuvo sustentada en tres actores centrales relacionados a esta problemática, a saber: profesionales de servicio social de un hospital monovalente de Córdoba (Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, en adelante HNP); profesionales de un albergue municipal para personas en situación de calle (Sol de Noche); y testimonios de usuarios de servicios de salud mental que se encuentran atravesando esta situación (recabados a partir de audios de Radio Los Inestables).

### **Caracterización de usuarios de salud mental en situación de calle**

Las diversas fuentes consultadas coinciden en considerar que “la calle” aparece como un territorio básicamente masculino. El Informe de la Defensoría del Pueblo y la Escuela de Trabajo Social afirma que la mayoría de las personas en situación de calle en la ciudad de Córdoba son varones, mayormente adultos y adultos mayores (72% del total). A su vez, la mayoría de los albergues y hogares destinados a esta población son para varones, y los profesionales del Hospital Neuropsiquiátrico consideran que esta preeminencia masculina se mantiene

también en el caso particular de los usuarios de servicios de salud mental.

En relación a las mujeres, los entrevistados señalan que se trata de una población minoritaria porque, como grupo, cuentan con mayores recursos familiares y sociales, y son consideradas desde un lugar de "vulnerabilidad" mayor. Sin embargo, plantean que cuando las mujeres llegan a un estado de desafiliación tal que las sume en una situación de calle, presentan trastornos psiquiátricos de gravedad que complejizan su abordaje.

Al caracterizar la población de usuarios en situación de calle, merece una mención especial la situación de los jóvenes, que se constituye en la población más vulnerable y en un estado de desprotección mayor debido a la ausencia de respuestas estatales-institucionales para abordar su situación. Una de las trabajadoras sociales afirma "*son los jóvenes ni-ni que les dicen en algunos lados, que no son alojados en ningún lado, ni familiarmente, ni socialmente, ni institucionalmente. Que cuando queremos empezar a trabajar una estrategia de externación, no hay dónde*". Las trabajadoras dicen quedarse sin herramientas al momento de trabajar con este grupo poblacional, ya que sumado a la complejidad de su problemática subjetiva particular (con cuadros de adicción, violencia o trastornos de personalidad), se encuentran con un vacío de recursos institucionales específicos para ellos, incluso a nivel de las alternativas en la sociedad civil: la mayoría de los albergues tiene como criterio de admisión la edad y sólo recibe a personas mayores de 40 años. Esto hace que casi la totalidad de los jóvenes que se encuentran en situación de calle duerman en la vía pública, siendo el grupo en condiciones de mayor vulnerabilidad y precariedad.

Esta ausencia de ofertas habitacionales para los jóvenes, se registra también en sus posibilidades de alquilar una habitación por su cuenta. La carga de estigma que enfrentan los

jóvenes usuarios en proceso de externación, sumado a la vulnerabilidad vital y social que supone su situación y a la ausencia de soportes familiares o vinculares, obstaculiza sus posibilidades de encontrar una alternativa laboral que les permita dar respuesta a sus necesidades habitacionales, de alimentación y elementos básicos para sobrevivir. Un usuario de salud mental grafica esta situación al relatar: "*Si vos no tenés un lugar para descansar, un lugar para bañarte, un lugar para lavar la ropa, un lugar para alimentarte bien, no podés ir a buscar un laburo todo hecho mierda así como estás. Porque si vos dormís en la calle y no tenés frazada, pasas frío... y a veces no dormís por el frío, me ha pasado, he tenido que dormir acurrucado, sacarme el pullover y ponérmelo arriba por el frío... y no dormís bien, y al otro día no servís*".

Frente a este escenario desalentador, las trabajadoras sociales se encuentran en la disyuntiva de tener que "discapacitar" a las personas para que puedan acceder a un recurso económico como la pensión no contributiva que les posibilite, al menos, un ingreso para subsistir. Por ello resulta imprescindible diseñar otras alternativas y estrategias integrales de intervención que no conlleven la necesidad de pensar al Certificado Único de Discapacidad como la única solución frente a esta problemática<sup>160</sup>.

## Recursos del Estado para la externación

Las políticas vinculadas a la externación de personas con trayectorias en instituciones de salud mental monovalentes, resulta un determinante clave a la hora de analizar la situación de calle. El modo de intervención, el presupuesto y las accio-

<sup>160</sup> Para ampliar la discusión en relación a esta temática, se remite al lector al apartado titulado "*Barreras para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales en proceso de externación*" (Atala, Buhlman, Caminada Rossetti, del Carpio y Yoma) que es parte de este mismo informe.



nes-omisiones que un Estado ejerza sobre un grupo poblacional tan vulnerable, marca la cobertura y el tipo de protección a la que es posible acceder —o no— de manera pública, universal en el mejor de los casos.

A modo de ejemplo, el informe oficial del Defensor del Pueblo y la Escuela de Trabajo Social de la UNC (2015) refiere que el 68,1% de esta población no percibe ninguna contribución por parte del Estado y solo el 30,5% responde que sí. Del 30,5% que respondió percibir alguna transferencia estatal, el 64,4% refiere percibir una pensión, el 15,6% una jubilación, el 6,7% la AUH y el Vale lo Nuestro, y un 2,2% el Plan Primer Paso (que por las características del mismo, es principalmente jóvenes).

Sin embargo, profesionales que enfrentan cotidianamente la búsqueda de alternativas para esta situación refieren que el acceso a esos apoyos económicos implica procesos muy dificultosos, con requerimientos como el DNI y lugar de residencia que resultan paradójales considerando la población a la que se dirigen. Resulta significativo dedicarle una mención particular a la temática del Documento Nacional de Identidad. Específicamente, para tramitar una pensión hace falta el DNI y para el DNI hace falta que tengan domicilio, del cual carecen las personas en situación de calle. Esta contradicción se reproduce en el caso de los albergues, que están destinados a personas que viven en la calle, pero no reciben a las personas sin documento, “(...) a no ser que uno envíe una nota y explique la situación de por qué se encuentran indocumentados y que son pacientes de acá” (Trabajadora social, HNP).

En los casos particulares en que las trabajadoras sociales consiguen tramitar el DNI —con todos los obstáculos ya mencionados en relación a ello— se presenta una nueva dificultad, y es que las personas que viven en la calle se encuentran permanentemente expuestas al riesgo de pérdida o robo de sus

pertenencias, y con ellas, del DNI: “en la calle pierden todo, o se lo roban también. Cuando llegan al hospital, se intenta tramitar para que puedan tener pase libre de transporte y demás, pero cuando vuelven a la calle se lo roban. Algunos tenían DNI octuplicado por ejemplo” (Trabajadora social).

Al respecto, el Informe del Defensor del Pueblo (*op. cit.*) refiere: “La explicitación de un domicilio real como condición para la gestión y entrega de DNI es algo que no siempre es viable de cumplimentar para esta población. En este sentido se vuelve significativo re-pensar modalidades de gestión del DNI para las personas en situación de calle que no puedan acreditar domicilio”.

En términos generales, se plantea que queda en manos de un reducido número de profesionales, y de su voluntad, el enfrentar procesos burocráticos insistentes y prolongados para conseguir logros o “beneficios” muy acotados en su alcance y duración. Una trabajadora social menciona: “Lo que se intentó con Nación, con las becas de Nación, no han resultado acá en Córdoba. X. hizo una y no salió. Le pidieron toda la documentación, X. la mandó y nunca pasó nada. Pasaron 3 meses, siguió insistiendo pero nunca pasó nada.”; “(...) hizo la articulación con Nación, hicimos todo el listado, mandamos los informes sociales, un trabajo bárbaro y tampoco se logró nada, no llegó ni una respuesta, nada”.

A nivel provincial, queda en evidencia la escasez de alternativas o recursos disponibles a los fines de concretar una política de externación con apoyo a las personas que no tienen redes propias: “(...) solamente tenemos la emergencia social del Ministerio de Desarrollo de la provincia, que tiene las ayudas económicas. Son ayudas económicas por única vez que van de 900 y creo que la máxima es de 2000\$, en dos veces”.

Aún estas acotadas posibilidades presentan barreras, ya que no se trata de estrategias consolidadas de articulación entre instituciones, si no de resoluciones particulares caso por caso: “Pero no tenemos ninguna articulación directa ni nada como una

*cuestión transversal de hospital a Ministerio. Es caso por caso. En algunos casos tarda poco, en algunos tarda mucho. Últimamente tardaron muchísimos meses en salir”.*

La inexistencia de fondos específicos para la externación, en conjunto con la escasa disponibilidad de espacios intermedios luego de la internación, restringe las alternativas y la posibilidad de que la externación resulte un proceso de acompañamiento en la revinculación social-familiar, para pasar a ser de manera más clara una expulsión institucional. Estas barreras a la construcción de estrategias durables luego de la internación psiquiátrica refuerza vulnerabilidades vigentes y problemas sociales tales como la pobreza, la estigmatización y la persecución policial que vuelven cíclico y repetitivo este proceso.

A continuación se detallan algunos aspectos sensibles a la hora de construir un panorama representativo del lugar que ha asumido el Estado en la problemática de la situación de calle, descripciones que permitirían tomar dimensión de la situación que lleva muchas veces a profesionales de la salud a pedir el sostenimiento de la existencia de espacios o alternativas en Hospitales como el Neuropsiquiátrico Provincial, por ser donde aún hay presencia del Estado: *“No tuvimos demasiadas salidas: como acompañarlos a buscar una pensión, poner un AT, que vengan a comer acá... pero más recursos que esos no tenemos (...) es re complicado. Por eso cada tanto salen estas estrategias de salvataje que se lo tilda al Neuro<sup>161</sup> que es así, endogámico, pero es con lo que contás”.*

#### *Respuestas Habitacionales*

En palabras de los principales actores involucrados, lo que insiste es el “vacío”, la “ausencia”, la “falencia”. Existen albergues de distintas pertenencias, pero sin respuestas específicas para el proceso de externación como las “casas amigables”,

<sup>161</sup> Al referirse al “Neuro” hacen alusión al Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.

o casas de convivencia. Sumado a esto, la oferta de geriátricos u hogares para retraso mental entre mediano y profundo, no incluye a toda la población y sus necesidades.

Existe en la actualidad en Córdoba una Casa de Convivencia para personas que tienen trayectorias de internación psiquiátrica y no cuentan con redes familiares. Sin embargo, se trata de una iniciativa de un grupo de profesionales sostenida principalmente por voluntades y no por políticas activas destinadas a promoverla. Los profesionales refieren al respecto: *“La Casita la armamos con lo que donamos entre nosotros. Ni una silla que está puesta ahí nos ha dado nadie en salud mental, todo lo hemos armado entre nosotros. Donaciones, y el que se conmovía y nos mandaba una cosa, y las sábanas de la otra”.*

Todas las gestiones nombran y reconocen la labor de este dispositivo, pero esto no se traduce en apoyo institucional y económico, quedando los recursos que aparecen “para sostener lo que hay”, lo cual resulta equivalente a “mera asistencia”.

#### *Seguimiento a la externación: Comedores y pastillas.*

Las “viandas” operan en la actualidad como la única estrategia disponible para personas en situación de calle que reciben atención en el Hospital Neuropsiquiátrico, constituyéndose en el lazo que usan los profesionales para realizar un acompañamiento en la externación y un seguimiento de su situación en los momentos del comedor. Aun cuando despierta grandes contradicciones en los profesionales, se afirma que si no fuese por esto, no tendrían otra oportunidad de cumplir esta función. Además, existen pocos comedores en los barrios a los que puedan concurrir las personas que son externadas del HNP, lo cual conlleva que deban habitar y pernoctar en zonas aledañas al hospital y al centro de la ciudad, para garantizar la accesibilidad y sostenibilidad de este suministro de comida.

Por otra parte, aquello que por parte del HNP se define como *seguimiento*, a nivel de la práctica funciona como un “dis-

penser de medicamentos”, sin instrumentarse los mecanismos necesarios para un tratamiento adecuado e integral. Profesionales afirman que el seguimiento es netamente farmacológico y que *“pareciera que no hace falta la palabra en el Neuro”; “(...) vos trabajás desde un concepto integral de la salud y la salud mental, pero la realidad te muestra otra cosa. Vos trabajás con el paciente que la salud mental es todo y bla bla, pero al momento de la realidad no tenés qué ofrecerle”*. Esto se ve acrecentado por la carencia de psicólogos que puedan ofrecer este seguimiento, habiendo en la actualidad solo dos psicólogos operativos en el HNP, debido a licencias que no han sido cubiertas.

#### *Tercer Sector ocupando el rol del Estado*

En esta temática es destacable el rol que asume el Tercer Sector, compuesto por ONGs, Fundaciones, Organizaciones de la Sociedad Civil, entidades religiosas, etc. Entre ellas se mencionan: un sacerdote de barrio Müller, el Cotolengo Don Orión, la Casa Felix, Manos Abiertas, entre otros. Están aquellas que ofrecen algún alojamiento y acompañamiento, y otras más específicamente destinadas a atender la urgencia de proveer alimento a la noche o el desayuno. En particular, en relación al Cotolengo se refiere: *“(...) hasta el año pasado solo contábamos con el Cotolengo como lugar de alojamiento, que tenga contención, que tenga trabajo adentro, como centro de día con cuidados especiales”*.

El vacío de intervenciones integrales ofrecidas a nivel de políticas públicas, es ocupado a partir de iniciativas diversas, generalmente de tipo asistencial. Se menciona al respecto: *“Córdoba está muy por detrás en cuanto a oferta de dispositivos alternativos, y no sé cuántos quedarían en situación de calle si existieran esos dispositivos alternativos.”* (Psiquiatra, HNP).

Nuevamente, nos encontramos frente a un escenario en que la voluntad y la solidaridad orientan las posibles acciones,

lejos de una idea de derechos reconocidos por ley y con el Estado como principal garante de los mismos. El tercer sector actúa dentro de sus posibilidades, recursos y criterios. Los profesionales afirman *“las ONG ponen todos sus servicios en la plaza: la comida a la noche, el desayuno, después está Hombre Nuevo que también trabaja con la gente, los hombres en situación de calle. Como que todo está ahí en el centro”*, lo cual se suma en las barreras para el retorno a la comunidad, por la carencia de acciones asentadas en los diferentes barrios.

#### **Dispositivos que abordan a personas en situación de calle**

Las personas en situación de calle duermen en su mayoría en la “vía pública” (el 33,3%); en albergues/hogares de la sociedad civil (el 29,2%) y en albergues/hogares estatales (20,6%). El resto lo hace en una menor proporción en otros espacios como pensión, casa prestada, chozas, entre otras. Esto podría estar mostrando la existencia de dos grupos diferenciados, uno más institucionalizado o en circunstancias de mayor afiliación y otro más excluido y des-afiliado.

Se puede afirmar que la mayoría de las instituciones que abordan la problemática de las personas en situación de calle son dispositivos de “reducción de daño” más que un acompañamiento integral, de inclusión y superación de la pobreza. Se opera con lógicas que invisibilizan la real situación de calle, y que en muchos casos incluyen también lógicas excluyentes. En la mayoría de estos lugares el personal es insuficiente, y algunos pocos suelen contar con equipos interdisciplinarios.

Los criterios de admisión no son claros y en algunos casos se aplican de manera discrecional, otros tienen límites de edad muy estrictos, o solicitan a los usuarios el certificado de buena conducta: *“yo duermo en la terminal, es muy duro y es más duro que antes porque hoy por hoy hay muchos albergues te ponen*

*un parate de 44 años tenés que tener para estar en un albergue, tenés que cumplir el reglamento, tenés que estar a las 5 de la tarde, yo lamentablemente no tengo un espacio en un albergue y creo que no lo voy a buscar porque ya está terminando el invierno, ya me la comí el invierno”* (Usuario de salud mental). Otros criterios de admisión que explicitan los profesionales se relacionan con la autovalidez, y al respecto, mencionan: *“de 40 años en adelante, varones y mujeres, hablamos siempre del tema de la autovalidez, tampoco es que la tengamos muy teorizada pero digamos una persona en silla de ruedas no puede ir al baño y no tenemos quién lo ayude a bañarse. Hemos tenido antes albergados que lo ayudaban a otros, y surgieron casos de abuso, desde entonces no se puede. El tema de que sean autoválidos, con bastón sí eso sí, onda que puedan comer por sí mismo todas esas cosas, con la bolsita de la orina sí tenemos, pero corre siempre el riesgo de infección”* (Psicóloga, albergue municipal).

Una mención especial requieren aquellas instituciones que tienen criterios muy estrictos, que son cerradas, con actividades y horarios muy estructurados que se transforman en “mini-manicomios”, siendo esto una clara violación del espíritu de las normativas vigentes en salud mental y derechos humanos.

Más allá de los esfuerzos y las iniciativas personales de los trabajadores estas situaciones se tornan más complejas por el déficit de soluciones habitacionales y, sobre todo, por la ausencia de una política integral hacia estos grupos.

Es posible constatar que existe un grupo de pacientes que desarrollan un circuito y peregrinan de una institución a otra: *“digamos, que van cumpliendo como un itinerario, o sea, van de una pensión a la otra, a los poquíssimos dispositivos que hay, un tiempo viven en la calle, un tiempo van a una pensión. Se me ocurre pensar los que han pasado por la casa, hasta los que hoy son de difícil externación”* (trabajadora social, HNP). Entre otras cosas, esto se debe a que algunos dispositivos tienen tiempos

de permanencia como la Casa de Medio Camino para mujeres donde pueden estar allí no más de seis meses.

Algunos de los usuarios consultados expresan haberse sentido maltratados: *“Maltrato existe en los albergues porque somos considerados personas no lo digo no gratas pero personas discapacitadas, se abusan de eso, se abusan de eso”* (Usuario de salud mental).

#### *Articulación entre instituciones*

Desde la sociedad en general y desde las instituciones del Estado en particular, existe una falta de reconocimiento a esta forma de habitar que se refleja en la reacción social negativa frente a este grupo de personas. El desconocimiento sobre este problema genera visiones erradas o sin fundamentos sobre las personas en situación de calle, que se profundiza cuando estas personas tienen antecedentes de haber sido asistidas en instituciones psiquiátricas. Estas representaciones son en su mayoría negativas, y generan estigmatización y aumento de su exclusión social. Una de estas reacciones es la sensación de inseguridad que generan en la población, y la tendencia a relacionarlos con actos delictivos. Dicha sensación ha generado que incluso desde instituciones del Estado se aborde el tema de manera estigmatizadora y excluyente. También genera rechazo el estado de deterioro en que se encuentran algunas de estas personas. En muchos casos, su imagen física es fuente de discriminación, ya que para la gente que no vive en la calle el andar mal vestido o sucio es muestra de desidia o despreocupación, o incluso reflejo de alguna dificultad mental.

En general, las articulaciones entre las instituciones dependen de los esfuerzos que realizan los profesionales y de contactos puntuales con trabajadores, y no de circuitos que estén protocolizados y “aceitados” desde las direcciones de cada lugar.

### *Con hospitales generales*

Según el Informe ya citado de la Defensoría del Pueblo cuando se preguntó adónde acuden para atender su salud, el 82,3% de las personas recurre a los hospitales, lo cual lleva a pensar que este ámbito se presenta como un espacio todavía accesible para las personas en situación de vulnerabilidad. Mientras que el 8,5 % se atiende solo y el 5,7% no contesta. De modo que la única y casi principal alternativa que tienen las personas en situación de calle son los hospitales. Esto puede presuponer la ausencia de controles o atención preventiva de la salud, dado que la demanda hacia la institución hospitalaria es la asistencia médica propiamente dicha, lo cual resulta contrario a los principios de APS.

Sin embargo, el sector salud no cuenta con iniciativas o programas específicos que estén enfocados hacia esta población. Por lo general, se le da el alta en los hospitales sin considerar la situación particular de estas personas: *"Le dieron de alta en el hospital y cayó así: 'Hola, ¿a dónde duermo?', así hecho una piltrafita. Normalmente esto se articula con el hospital con el área de servicio social, nos llaman y nos dicen miren chicas está por salir esta persona con estas condiciones y si eso hacen las compañeras, se les dice para retenerlo porque vamos a ver dónde porque acá no puede estar todo el día, no puede hacer reposo"* (psicóloga, albergue municipal). Las articulaciones se dificultan aún más, también por la falta de recursos. En algunos casos, señalan que las comunicaciones se realizan con los celulares de los profesionales involucrados por la ausencia de teléfonos fijos.

### *Con servicios de salud mental*

Los servicios de salud mental realizan derivaciones de sus usuarios en situación de calle a algunos de los albergues. Se complejiza su asistencia porque estos últimos no cuentan con personal capacitado suficiente que pueda acompañar las

necesidades específicas de estos grupos: *"nos llaman por teléfono, nos llaman del IPAD<sup>162</sup> o del Neuro (...) y nosotros siempre les pedimos algo mínimo el diagnóstico, qué medicación toma, si la puede administrar sola, porque un tiempo, ahora ya no, porque no confiamos en los operadores nocturnos, porque había varios que le daban la medicación pero ahora no, es un problema grave pero bueno, se articula bien, el problema cuando viene la persona, se pierde totalmente y no sabe a dónde está, ese tipo de cosas, porque de día tiene que tomar el colectivo y esas cosas y los viejitos demenciados le pedimos a otro albergado que los ayude"* (Psicóloga, albergue municipal).

Aun así hay una coordinación en muchos de los casos de usuarios derivados al albergue municipal que siguen siendo asistidos por el Hospital Neuropsiquiátrico.

El albergue municipal otorga respuestas institucionales rápidas de solución habitacional y tiene uno de los criterios más flexibles de admisión. Sin embargo, la saturación de los servicios de salud mental y la cantidad de casos de personas con diagnóstico de alcoholismo crónico en situación de calle, aumenta sus dificultades aun para brindar cobijo nocturno.

### *Con hogares de día, servicios de emergencia, otras instituciones de salud*

En general, se puede afirmar que se observan las mismas dificultades de articulación ya señaladas con las otras instituciones. Los hogares de día son fundamentales para la continuidad de los tratamientos psiquiátricos y la Dirección de Especialidades Médicas de la Municipalidad suele ser más flexible en la atención y una alternativa para muchos usuarios que no quieren concurrir al IPAD.

Los profesionales consultados relatan diversas situaciones donde la atención conjunta a pacientes graves fue muy

<sup>162</sup> Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción.

compleja y accidentada con los servicios de emergencia. Estos dan distintos argumentos a la hora de dar una respuesta: experiencias de "peregrinar" con pacientes a los que ningún hospital quiere recibir a pesar de tener criterios de internación y otros relacionados al rechazo por el estado de deterioro en el que se encuentran (ebrios, descuidados, etc.).

### Articulación Intersectorial-Interjurisdiccional

Una de las principales dificultades reconocidas por los entrevistados es la inexistencia de políticas intersectoriales para el abordaje de la salud mental que promuevan articulaciones sostenidas entre los Ministerios de Salud, Vivienda, Trabajo, Desarrollo Social. Todos coinciden en que la articulación entre las distintas dependencias del Estado es posible de manera ocasional y esporádica a partir del esfuerzo de los profesionales o de vínculos interpersonales con trabajadores de otras áreas.

Una profesional del albergue municipal sostiene que no existen programas específicos que promuevan soluciones sostenibles de trabajo ni de vivienda, pero relata una experiencia puntual de articulación con la Oficina de Empleo de la Municipalidad y considera que fue posible gracias a la buena voluntad y permeabilidad de las trabajadoras de esa área. Esto, según el relato de los trabajadores, se constituye en apenas algunas excepciones a la regla de la fragmentación entre los diferentes sectores.

Por su parte, las trabajadoras sociales del Neuropsiquiátrico Provincial relatan que en busca de dar respuestas a la problemática habitacional, acudieron a la Dirección de Familia del Ministerio de Desarrollo Social, para solicitar que al momento de la creación de los nuevos barrios se considere adjudicar alguna de las viviendas para promover dispositivos alternativos destinados a las personas en proceso de externación. Sin embargo, se encontraron con una negativa cargada de estigmas

en relación al paciente psiquiátrico (*"¿Y si le prenden fuego a la casa? ¿Y si traen problemas?"*) y con un intento de evadirse de estas responsabilidades reconduciéndolas a otro sector: *"eso es un problema de Salud"*.

Muchos de los usuarios de los servicios públicos de salud mental cuentan con ex-PROFE<sup>163</sup> como único recurso para poder acceder a determinadas prestaciones de salud. Sin embargo, la mayoría de los hogares, albergues o dispositivos intermedios no recibe a usuarios que cuentan con este programa de salud, argumentando que se encuentra atrasado con los pagos a los prestadores. En relación a ello, se observa también una dificultad en la articulación a nivel interjurisdiccional donde la fragmentación entre Nación, Provincia y Municipio no se caracteriza precisamente por una superposición de recursos, sino más bien por una ausencia de los mismos y la consiguiente atribución de responsabilidades a otra jurisdicción: *"cuando vas a PROFE acá te dicen 'no, de la Nación no mandan la plata', Nación dice que sí le deposita a la provincia, la provincia lleva 14 meses de atraso de pago a los hogares y los acompañamientos terapéuticos"*.

### Vulneraciones de derechos de las personas en situación de calle

El hecho de que una persona se encuentre en situación de calle es consecuencia de múltiples determinantes, tanto individuales y familiares, como sociales y económicos del contexto en que se encuentra. Esto, en conjunto con la falta de polí-

<sup>163</sup> El ex-PROFE (Programa Federal de Salud) actualmente se llama Programa Federal Incluir Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Brinda cobertura a titulares de Pensiones No Contributivas (PNC) en todo el territorio nacional. Su padrón se distribuye entre titulares con pensiones por discapacidad, madres de siete o más hijos, adultos mayores titulares de una PNC, pensiones graciables y otras.

ticas intersectoriales e interjuridiccionales por parte del Estado, configura el escenario desde el cual es posible dimensionar el alcance de las vulneraciones que vivencian estos ciudadanos.

La situación de calle en sí misma conlleva una grave vulneración de derechos e implica un alto riesgo a la vida de las personas. Se vulnera el derecho a la vivienda digna, al trabajo registrado, al acceso a la salud y el derecho a la identidad que —como se mencionó anteriormente— repercute en el acceso a otros derechos esenciales como la seguridad social.

Esta situación de desprotección puede observarse en el relato de una persona entrevistada: *“Yo estuve viviendo en la plaza cerca de la terminal. Estuve mucho tiempo ahí, durmiendo debajo de un nylon. Me quisieron llevar como 2 veces, me quisieron pegar, me quisieron apuñalar 2 veces y ya no sabés qué hacer. No solamente eso, sino que la policía te persigue, la policía están todos de acuerdo y te persiguen”* (Usuario de salud mental). Además del riesgo de vida ante estas situaciones, se vulnera el derecho fundamental a la libertad y a la libre circulación, ya que el transitar y permanecer en la vía pública por largos períodos de tiempo motiva detenciones por “merodeo” por parte de la fuerza policial provincial. Esto reactiva un circuito de institucionalización o de criminalización de la pobreza como una respuesta que lejos de “alojar” a los más desprotegidos, los encierra y los “aleja” en aras de mantener cierto “orden social”.

Estar en situación de calle afecta integralmente la vida de una persona y configura un ciclo de reproducción de las vulneraciones que tiene como corolario la desafiliación social. En este contexto, se observa un incumplimiento de las obligaciones negativas del Estado (lo que tiene que hacer a fin de evitar violaciones) y también de sus obligaciones positivas, es decir, las políticas públicas que debería implementar para garantizar la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales.

## Propuestas

En este entramado compacto de barreras sin respuestas sostenibles por parte del Estado, existen construcciones y trabajos desde distintos sectores que se orientan a buscar alternativas tendientes a revertir esta situación. A continuación, se listarán algunas de las mencionadas por personas involucradas en esta temática, para contribuir en el diseño de estrategias de intervención que impidan que el alta institucional derive en una situación de calle:

- **Fondo de Externación:** a fin de responder a necesidades urgentes de las personas que son externadas, como un elemento entre otros que podría agilizar la adquisición de productos o servicios que requiera una persona que está comenzando a reconstruir su vida por fuera de la internación psiquiátrica. (Profesionales Hospital Neuropsiquiátrico Provincial).
- **Casas de medio camino, de convivencia:** a fin de que alberguen a personas que no cuentan con opciones sostenibles de vivienda, y que permitan sostener una estrategia progresiva y acompañada de externación acorde a los principios planteados en las leyes de salud mental (Profesionales del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial).
- **Contar con un vasto equipo de Acompañantes Terapéuticos (AT):** se plantea la importancia de que se trate de trabajadores capacitados, que incorporen el enfoque de derechos humanos y que tengan un perfil acorde al trabajo en comunidad. Proponen, además, que este equipo de AT pueda ser coordinados por profesionales con trayectoria en esta temática: *“por la experiencia que tenemos nosotros sí podemos guiarlos, pero hay mucha gente que sí necesita por un tiempo un acompañamiento, que conozca las instituciones que*

las recorra, que las instituciones vean a tal persona y que la reconozcan y así como que vayan accediendo a más derechos o ir abriendo posibilidades". (Trabajadora de un albergue de personas en situación de calle).

- *Articulación Interinstitucional*: además de lo ya mencionado en relación a esta temática, los profesionales señalan "tenemos muchos escritos, muchas propuestas, a las diferentes direcciones inclusive a salud mental, pero respuesta concreta y solución no hemos escuchado nunca. Que tienen que ver con la necesidad de una articulación macro e interinstitucional, la intersectorialidad, la necesidad de regularizar PROFE para que viabilice los pocos recursos con los que cuentan nuestros pacientes, que tienen que ver con la apertura de otras instituciones para el cumplimiento de la ley, hasta sostener el comedor acá, hasta contar con un móvil que nos permita sostener un trabajo comunitario y extra muros" (Profesional del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial).

## Reflexiones finales

*"¿Qué me hablas de salud mental comunitaria?  
Si nosotros no tenemos ni barrio".  
(Usuario de salud mental)*

En función del panorama adverso explicitado, muchos usuarios consideran al hospital monovalente como una de las principales alternativas de supervivencia, y a la externación como una noticia temible y amenazadora en la mayoría de los casos. De modo que los profesionales se enfrentan a una situación paradójica: la ley prohíbe las internaciones para abordar problemáticas sociales, pero ante el retiro del Estado, el hospital público aparece como el último baluarte de super-

vivencia para muchos. Esta doble prohibición se articula en una encrucijada que parecería difícil de resolver: no es posible sostener una internación para responder a una problemática habitacional, pero tampoco es posible dejar a las personas en la calle. Sin embargo, la encrucijada desaparece al considerar que la responsabilidad última frente a este escenario no es de los profesionales, sino de los responsables de la planificación de políticas públicas.

La problemática de la situación de calle se presenta como una de las principales urgencias a resolver dentro del proceso de desmanicomialización que promueven las actuales normativas en este campo. Los procesos de expulsión social y las múltiples vulneraciones de derechos a que se ven sometidos los usuarios deben ser revertidos mediante políticas intersectoriales integrales que cumplan con los compromisos internacionales asumidos por el Estado argentino en materia de garantía de derechos.

Resulta impensable avanzar en la conformación de una estrategia de salud mental comunitaria como la que plantean las leyes si en la actualidad existe un conjunto numeroso de personas que "no tienen ni barrio", y cuyas demandas de atención se vinculan a aspectos esenciales y hasta primitivos de supervivencia como la vestimenta, el techo y la comida. El desafío radica en poder abarcar, y a la vez trascender, la atención exclusiva de estas urgencias, y diseñar estrategias de intervención que permitan brindar soluciones estructurales que promuevan el acceso irrestricto a los derechos económicos, sociales y culturales.

En el campo de la salud mental aparece como una exigencia promover abordajes complejos, interdisciplinarios e intersectoriales, que promuevan la revinculación con las comunidades y el ejercicio de derechos desde el primer momento de la internación psiquiátrica, de manera que la externación no se configure como sinónimo de un alta médica que conlleve a la expulsión social. A su vez, se requiere la consolidación de una



red de servicios con base en la comunidad que permita alojar a los usuarios y acompañarlos en su proceso de externación en sus propios barrios.

De este modo, consideramos que la creación de dispositivos sustitutivos y las asignaciones presupuestarias correspondientes se convierten en un imperativo para empezar a pensar el “fin de los manicomios” no ya como un horizonte, sino como una posibilidad certera, y para que tras el fin del encierro asilar sobrevenga un abordaje en las comunidades y no un abandono en la calle.

#### 4. Aportes para el monitoreo y la transformación de las políticas y las prácticas

##### Hacia un protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencias en salud mental

*Soledad Buhlman  
Jessica Ferreyra  
Ana Heredia  
Natalia Monasterolo*

#### I. Presentación:

El Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la provincia de Córdoba (OSMDH) convocado por el Colegio de Psicólogos de la misma provincia, comenzó a participar durante los primeros meses del año 2015 de una Comisión de Salud Mental concentrada en la elaboración de un Protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental<sup>164</sup>.

No pocas veces ha sido explicitado que el OSMDH

<sup>164</sup> Dicha comisión estuvo conformada por diferentes profesionales de diversas disciplinas y espacios. Oportunamente esta comisión se dividió en dos grupos; uno concentrado en la elaboración del protocolo que aquí se presenta, y el otro focalizado en efectuar un proyecto de ley de Salud (ver el apartado de Acuerdo Básicos en salud del presente informe). Los profesionales que participaron de la *Comisión de Salud Mental del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba-Protocolo* fueron: Jacinta Buriyovich; Adriana Castillo; Nora Galán; María José Mosquera; Elizabeth Naum; Ana Palacio; y las autoras del presente apartado.