

## EL TRAUMA SOCIAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN CHILE .

### ¿ES “REPARABLE” LA REPARACIÓN?\*

SOCIAL TRAUMA AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM IN CHILE.

IS REPARATION REPARABLE?

#### INTRODUCCIÓN

Estamos en el año 44 desde el fatídico 11 de septiembre de 1973, camino a enterar el medio siglo de historia social y política, que contempla etapas como la aniquilación violenta de un proyecto de desarrollo –el de la Unidad Popular– que se proponía transformaciones estructurales anticapitalistas y populares, por una vía nacional propia, fundada en una amplia e innovadora alianza de clases y fuerzas políticas. Luego, 17 años de terrorismo de Estado y violaciones sistemáticas a los derechos humanos, algunas de ellas de carácter genocida y con calidad de delitos contra la humanidad. Más adelante, un período difuso de carácter transicional, cuyas delimitaciones sociopolíticas aún son materia de debate entre los científicos sociales, que ha dado origen al ensayo de diversos adjetivos para esta etapa, los que tienen en común denominador la denuncia de la incompletitud, la imperfección, lo inacabado de este proceso: democracia protegida, tutelada, delegativa, transicional, iliberal, de baja intensidad, pseudodemocracia, etcétera. En los límites de estas caracterizaciones está un debate legítimo y más frontal: ¿se trata de democracia lo realmente existente o de otra cosa? Interesante discusión sobre democracia y autoritarismo cursa hoy en la región latinoamericana: autores como J. C. Gómez en Chile (2010) y A. Borón en Argentina (2009) plantean que la democracia posdictatorial tiene pantalones demasiado cortos, en la medida que se limita a los consabidos modelos schumpeterianos o dahlianos de democracia, perspectivas que se fundan en las características meramente formales de la convivencia ciudadana (el garantismo de las libertades individuales) y desestiman los aspectos de contenido de la misma, es

#### CARLOS MADARIAGA

Médico Psiquiatra  
Dr. (C) en Procesos Sociales  
y Políticos Latinoamericanos  
Escuela de Salud Pública  
Facultad de Medicina U. de Chile  
madariaga21@gmail.com

\* Conferencia dictada en la IV Jornada de Derechos Humanos y Salud Pública “Integrando miradas para la construcción de memorias colectivas”, organizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en Santiago de Chile, 1-6 de diciembre, 2017.

Trabajo recibido el 11 de diciembre de 2017. Aceptado a publicación 20 de marzo de 2018

decir, las cuestiones asociadas a la problemática de la igualdad y la justicia social. En el caso chileno, con el agravante de la persistencia de poderes fácticos que siguen participando en la distribución y ejercicio del poder político.

El trauma de la dictadura militar, originado en el ámbito de las luchas políticas y en la utilización de la violencia social por parte del Estado en contra de sus ciudadanos ha viajado por cada uno de estos escenarios históricos, influenciado inevitablemente por los cambios que se han ido generando en las relaciones Estado – Sociedad Civil – Mercado (Victoriano, 2016) mientras se fue consolidando el neoliberalismo, como una formación social y económica, con su *pathos* y su *ethos* característicos, epifenómenos del sistema que participan activamente en la producción de formas de subjetividad individual y social que lo reproducen. Me refiero a este sustantivo cambio de calidad de las estrategias de dominación y control social en este contexto neoliberal, que transita desde una biopolítica al modo foucaultiano (la violencia activa contra los cuerpos) a una psicopolítica en el sentido planteado recientemente por M. Lazaratto (el hombre endeudado) (2013) y B. Chul Han (el hombre cansado) (2015, 2016), que define la fórmula de control social a partir de la entrada “voluntaria” del individuo al Mercado en condiciones de “empresario de sí mismo”, esclavizado en el servicio de una deuda personal que resulta absolutamente impagable y que lo acompañará hasta la muerte. El trauma, ligado dialécticamente a la política –su entelequia fundante–, hace sus propias metamorfosis, en consonancia con los cambios estructurales y macrosistémicos; el viaje transepocal del trauma, al modo de una herencia tanática que se desplaza transgeneracionalmente por el inconsciente individual y colectivo (Tisseron, 1997) (CINTRAS, 2009), participa también en la configuración de formas específicas de subjetividad, una trama fantasmática que prolonga en la sociedad del presente su efecto deletéreo acuñado en el pasado. El trauma viaja a través del tiempo mientras se transforma constantemente a la vez que conserva, en sus fundamentos íntimos y genéticos, un núcleo de identidad, una particularidad elemental

que lo hace reconocible, aunque codificado, simbolizado o mimetizado en las particularidades biopsicológicas del individuo concreto, del sujeto generacional del presente.

Llamamos la atención entonces sobre, primero, la omnipresencia actual del trauma social y, segundo, sobre este proceso transformativo del daño biopsicosocial. El trauma hoy ya no es lo que fue, aunque sigue siendo esencialmente lo mismo. Suena algo tautológico pero se puede resolver este nodo con la ayuda de la dialéctica hegeliana, la negación de la negación (Hegel, 1976): mueren ciertas formas de expresión del fenómeno en estudio –el trauma– y con ello también mueren ciertas características cualitativas del mismo; en esas muertes parciales se incuban nuevas formas y nuevos contenidos que garantizan la supervivencia de lo viejo al modo de sustancia que impregna los procesos de configuración de lo nuevo, de manera que finalmente lo nacido nuevo deviene derivación directa de esto viejo que es su antecedente existencial y que está determinado a permanecer en el devenir histórico del trauma (Madariaga, 2010). Como no hablamos de filosofía sino de un *pathos* que lo observamos como problema de la salud pública, es decir, como objeto de las políticas de Estado en salud, decimos que el trauma social ha configurado en nuestro país formas concretas de una clínica y una psicología social que son consecuencia del efecto de interferencia que ha tenido y sigue teniendo sobre el proceso salud – enfermedad – atención de la sociedad en su conjunto; decimos que es este proceso, con su particular clínica y psicología social, lo que se ha ido transformando día a día en estas casi cinco décadas; las formas de enfermar, la configuración del inconsciente colectivo, la producción de subjetividad que están asociados al trauma han ido modificándose en la misma medida que la política y el contexto social se transforman.

¿Cómo caracterizar el trauma de la dictadura militar como problema de salud pública hoy? ¿Qué nuevos desafíos pone al Estado en sus esfuerzos reparatorios? ¿Cuál es la medida social de esta reparación? Estas son las cuestiones que estoy problematizando. La reparación social de los perjuicios huma-

nos del terrorismo de Estado, que se inicia inmediatamente concluida, en sus aspectos formales, la dictadura militar, ha tenido una inspiración humanista indiscutida; detrás del principio deontológico y axiológico que esta reparación social contiene en cuanto política pública, hay una adscripción de los sucesivos gobiernos posdictadura a diversas corrientes doctrinarias, ideológicas y políticas que fueron poniendo un sello particular a la reparación; son estos principios rectores y las praxis concretas de reparación que de ellos han derivado, lo que debe ser sometido a la prueba de las evidencias, a la crítica social. Postulo que la tarea de reparación del trauma por parte del hechor, es decir, el Estado de Chile, adolece de profundos vacíos, inconsistencias e inequidades, las que dan cuenta en gran medida del actual estado de cosas en materia de derechos humanos, de ciudadanía, de subjetividades, de calidad de vida, de salud y salud mental. Consecuente con esta aseveración, me parece pertinente preguntarme si es o no posible “reparar” la reparación, o sea, cambiar las políticas. Es claro que, mucho más legítimamente que yo –el hablante que se hace esta pregunta– hay un otro, un otro colectivo, el sujeto social que ha sido víctima directa de la violencia política, a quien va dirigida esta interrogante y, por supuesto, quien tiene la respuesta, respuesta que nace de lo más profundo de la experiencia personal que trae asociado consigo el trauma y de los procesos de reparación a los que ha podido acceder o no en el curso de su vida. Son también los equipos de salud, que tanto en el ámbito público como en el mundo ONG han acompañado procesos individuales y colectivos en salud, un segundo espacio reflexivo capaz de intentar una respuesta coherente a esta pregunta por la posibilidad o necesidad de mejorar las políticas públicas de reparación. Hablo desde este estamento, desde el espacio de los trabajadores de la salud mental que estamos en estas tareas desde hace 40 años y que también hemos evolucionado y cambiado, junto con la metamorfosis de lo traumático y con el cambio social; desde aquí planteo que la reparación requiere ser reparada; que esta reparación es urgente en los inicios del mile-

nio; que lo que se entienda por reparación a futuro debe ser materia de un trabajo de co-construcción entre todos los actores sociales y no materia exclusiva de expertos.

## MARCO CONCEPTUAL

### ¿Qué es el trauma?

Para profundizar en los fundamentos de mis aseveraciones es necesario caracterizar el trauma al que aludimos, en su especificidad como producto de la dictadura militar. Lo haremos considerando el invaluable material experiencial que nos ha aportado el trabajo de reparación clínica y psicosocial dirigido a las personas dañadas por la violencia política. Definimos el trauma como un “hecho social total”, concepto tomado del antropólogo E. Menéndez, que alude a una experiencia humana que involucra la totalidad del ser, que moviliza y perturba al individuo en toda su conformación biopsicosocial. Hablamos de efectos a nivel del cuerpo físico, del psiquismo, de sus relaciones sociales, desde las más inmediatas (familia y grupos primarios de pertenencia) hasta los colectivos humanos más generales a los que pertenece (comunidades específicas, mundo social, político y espiritual, relaciones de género, generación, clase, etnia, territoriales, etc.). Es decir, totalidad en su versión singular del individuo concreto traumatizado, pero, al mismo tiempo, totalidad en el sentido de intersubjetividad, de relaciones sociales también con efecto traumático. Trauma individual y, al mismo tiempo, trauma social. El trauma del que hablamos se inscribe, en su esencia configurativa, en el escenario de las relaciones sociales, desde donde emerge como un subproducto mórbido de la violencia política, sucedánea esta última de la violencia estructural, siguiendo el pensamiento de I. Martín-Baró (1998) relativo al círculo de la violencia en América Latina; fuera de las relaciones sociales el trauma carece de sentido. Con este autor compartimos la idea de dos momentos constitutivos del trauma, uno de ellos, el trauma individual, la experiencia de daño particular de la persona concreta, acontecimiento sociobiológico que adquiere

características unívocas en tanto evento irrepentible, singularísimo y único de cada sujeto traumatizado. Un segundo momento del trauma es su carácter de evento instalado en el sujeto social, en los grandes grupos humanos, en los espacios colectivos que dan cuenta de las distribuciones de poder y de posición de las personas, tanto en los procesos de producción social como en escenarios propios de la diversidad cultural característicos de cada país. (Madariaga, 2010) Antes que Martín-Baró otros autores como B. Bettelheim (1943) y H. Keilson (1992), quienes pensaron el trauma desde el holocausto nazi en Europa occidental, ya habían relevado la trascendencia de la historicidad del trauma, su estrecha relación con las condiciones contextuales, sin cuya consideración no es posible aprehender la esencia de este acontecimiento; el ángulo de análisis del trauma sufre con ellos un giro trascendental respecto de toda la psicología anterior al desplazar el foco interpretativo desde los procesos intrapsíquicos individuales hacia los fenómenos sociales. Con Martín-Baró y su psicología política se profundiza esta perspectiva cuando inscribe las raíces prefigurativas del trauma en el campo de las relaciones sociales, particularmente en las relaciones económicas. A partir de ello este autor nos propone que la condición paradigmática del trauma no está en la individualidad sufriente sino en el trauma social, pues es la manifestación de lo traumático a nivel de las relaciones sociales, es su comportamiento diferenciado de acuerdo a los ordenamientos de clase lo que permite hacer una lectura plena del trauma, de sus causas sociohistóricas, de los intereses sociales que participan en su génesis y perpetuación, de los aparatos secretos y oficiales que se coluden para la destrucción tanto de las personas como de sus formas de organización social. Permite también comprender cómo se definen los métodos y las técnicas de la guerra psicológica y los procedimientos de tortura, genocidio y muerte, las alianzas y asesorías internacionales con gobiernos y centros especializados en la elaboración de políticas de exterminio, comprender fenómenos como el rol de los sistemas judiciales, las fuerzas armadas –y en general de los poderes

fácticos– para garantizar escenarios de impunidad para los crímenes, etcétera.

La salud y la enfermedad de los grandes grupos humanos dan cuenta, a veces en forma sutil y otras dramáticamente, de las experiencias traumáticas que afectan a la comunidad, de forma que el proceso salud – enfermedad – atención es un escenario privilegiado para la investigación de las consecuencias del trauma social a corto y largo plazo. Este proceso salud – enfermedad es parte constitutiva del proceso social general de la sociedad humana el cual lo determina en sus aspectos más generales; es decir, la salud, la enfermedad y las formas de atención participan activamente en el movimiento histórico de la sociedad y contribuyen, desde sus particularidades, a la configuración del mundo. No remiten solo al peso específico de la dimensión patológica de lo humano en la configuración social sino también a cómo dichos fenómenos particulares co-participan en la construcción de la subjetividad social. Lejos de todo reduccionismo biomédico, en opinión de J. Samaja, el proceso salud – enfermedad no se agota en las enfermedades y su tratamiento, se debe extender a la totalidad de los problemas que presenta la reproducción de cada uno de los miembros de las poblaciones humanas y de sus ambientes de desarrollo, en todas sus dimensiones epigenéticas y no solamente los problemas de la reproducción biológica (Samaja, 2014). El foco de atención abandona así el corset de la dimensión genética de lo humano –el individuo en tanto ser natural– para avanzar hacia sus procesos de epigénesis –el individuo en tanto ser social–; es en este estadio donde lo humano realiza a plenitud su esencia, donde, volviendo a Hegel, lo biológico es su condición necesaria y donde lo social es, finalmente, su condición suficiente. Esta es la base teórica de la concepción de proceso salud – enfermedad – atención que acuñó hace más de 30 años E. Menéndez: “el objeto de estudio de las disciplinas de la salud (yo agrego ‘y su praxis’) lo constituyen los problemas (‘no solo las enfermedades’), las representaciones (‘no solo los diagnósticos’) y las estrategias de acción (‘no solo los tratamientos’) que presentan en el curso de la reproducción de la vida social”.

El trauma social de la dictadura militar, con todas sus dimensiones genéticas y epigenéticas, en su calidad de “hecho social total”, desborda totalmente los límites biomédicos pues configura un complejo cuadro de fenómenos sociales, psicológicos y biológicos que entrecruza procesos personales con procesos de los grandes colectivos humanos, de las familias y las comunidades, de la sociedad civil y el Estado. Dentro de esta perspectiva es que postulo que se enmarcan los límites posibles y los alcances de cualquier tarea de reparación social para las víctimas del terrorismo de Estado.

### ¿Qué se repara? ¿Sobre qué niveles del problema se plantea la crítica?

Es pertinente entonces tensionar el concepto “reparación” en su confrontación con las características del *pathos* sobre el que se aplica. Este *pathos* es el trauma social. Hemos señalado que es en este nivel del trauma como fenómeno relacional donde se expanden a plenitud sus efectos y consecuencias. Se trata de un conjunto de procesos políticos, ideológicos, culturales, económicos, morales, judiciales, socio-antropológicos, psicosociales y biomédicos que se desplazan con su carga tóxica y tanática en el devenir de los días y los años, configurando una cadena de eventos generales y particulares que están interrelacionados, son interdependientes y se nutren mutuamente por influencias coyunturales y de estado de situación. Los límites se tornan difusos, no resulta fácil establecer una línea divisoria, jerarquías de necesidades, líneas de acción común a todos los niveles de afectación del problema. Enfrentamos algo así como la onda expansiva de una explosión radiactiva, que a partir de un conjunto de descargas locales va contaminando todo, con escasa discriminación en la medida que se va extendiendo sobre el conjunto de la sociedad humana. Ésta es la base de una concepción de integralidad e indivisibilidad de lo traumático y de sus consecuencias; ergo, debiera ser también la base de una concepción de integralidad e indivisibilidad de las políticas de reparación del daño. Satisfacer esta aspiración fue la dramática tarea de la transición política.

### La reparación del trauma como problema global de la sociedad y el Estado de Chile

A la hora de la reparación nos posicionamos en el campo de las políticas de Estado y de la voluntad política de los gobiernos para atenerse a la doctrina internacional existente en esta materia y para aplicarla en sus programas de reparación social. Hablando de doctrina de reparación en violaciones a los derechos humanos afortunadamente no hay dónde ni cómo perderse; en efecto, la cuestión parte clara e inequívoca en la propia definición que hace Naciones Unidas de reparación: “*Son todas aquellas acciones que son fruto de recomendaciones, políticas sociales, medidas y leyes orientadas a la restitución, indemnización, rehabilitación y satisfacción de garantías de no repetición a familiares y sobrevivientes*” (ONU, 2005).

Desagreguemos. 1. *Restitución*: restablecer la situación en que se hallaba la víctima antes de los hechos; restaurar la libertad, la ciudadanía, la residencia, el empleo, los bienes. 2. *Indemnización*: solución en términos económicos por las pérdidas materiales: enfermedades biológicas y/o psicológicas, sufrimiento, pérdida de oportunidades, daños a los bienes materiales, afectación de la dignidad, gastos judiciales en defensas y demandas, etc. 3. *Rehabilitación*: otorgación de servicios jurídicos, médicos, psicológicos y aquellos destinados a restablecer la dignidad personal y la reputación social del afectado. 4. *Satisfacción y garantías de no repetición*: cesación de violaciones con leyes protectoras, verificación de los hechos y relevancia completa y pública de la verdad (verdad sin restricciones), fallos condenatorios (justicia plena), reparación moral pública (actos de perdón, memoriales, etc.), conmemoraciones y homenajes a las víctimas, enseñanza de la verdad histórica en las instituciones educacionales, prevención de la repetición de los hechos (batalla contra la impunidad para los criminales, limitar el ámbito de los tribunales militares, independencia del poder judicial, protección a los defensores de derechos humanos, etc.). Este marco doctrinario que rige a la comunidad internacional y a los Estados nacionales despeja toda

pretensión, aún vigente en ciertos sectores de la sociedad chilena, de dar por terminado los esfuerzos reparatorios estatales y los gastos financieros que ello implica; se trata de una posición que debilita las decisiones políticas, es el poco sutil enmascaramiento de un “hasta cuándo con este tema” que se inscribe en la convicción que se trata de un pasado que está ya periclitado, postura ideológica que se nutre, a nuestro juicio, de las debilidades del proceso mismo de la reparación. Sostenemos que la reparación ha alcanzado en estos años de transición un carácter polisémico peligroso, que desdibuja el encuadre normativo generado por el derecho internacional y amenaza con producir políticas reparatorias fragmentarias, limitadas e inequitativas, con su consiguiente efecto retraumatizante para las propias víctimas y alejando las aspiraciones de reencuentro en la convivencia social.

Postulamos, consecuentes con la perspectiva de Naciones Unidas, que la reparación social debe responder a ciertos principios irrenunciables y que no deben ser acomodados a los intereses políticos contingentes. Uno de estos principios es su *integralidad*, la capacidad de coger en su diseño la totalidad de los componentes del daño. Al mismo tiempo, la reparación es *universal*, incorpora como sujeto de derecho a cada ciudadano que haya sido afectado por la acción destructiva de aparatos del Estado, se cuida de no producir acciones administrativas ni legales que sean excluyentes u obstaculicen el reclamo de este derecho en todo tiempo. La reparación debe contemplar una *simultaneidad* en las acciones reparatorias, una sincronía temporal que garantice la oportunidad del acto y su consonancia con la expectativa del ciudadano afectado; no es posible esperar un impacto satisfactorio de las medidas de reparación si éstas no se llevan a cabo armónicamente, a un mismo tiempo (p. ej., esfuerzos reparatorios en salud de poco sirven cuando la persona espera que se haga justicia). Las medidas reparatorias deben ser *efectivas*, capaces de resolver adecuadamente las necesidades que se propone satisfacer; una resolución a medias sólo aumenta los sentimientos de frustración, impotencia o decepción en los afectados y puede consoli-

dar la imagen de abandono y estigmatización por parte del Estado. Todas las medidas de reparación debieran estar protegidas en una *legalidad* específica, tal respaldo favorece la generación de confianza por parte de los afectados y de toda la sociedad en las medidas que se implementan. Finalmente, el Estado debe preocuparse por su *legitimidad*, porque toda la sociedad esté plenamente consciente de que el acceso a los beneficios que produzcan las leyes de reparación no es sino un derecho de quienes fueron víctimas del propio Estado; existen sectores ciudadanos que ven estas medidas como regalías o usufructos indebidos, actitud que induce la producción de estigma y mecanismos de victimización secundaria.

No cabe duda de la tremenda complejidad de una tarea como la reparación social del trauma que dejaron 17 años de terrorismo de Estado y otros 27 años de impunidad. Asumimos que el trauma social sigue su curso, que existen aún hoy en nuestro país fenómenos políticos, sociales, jurídicos y éticos que operan con efecto retraumatizante sobre las víctimas en particular y sobre la intersubjetividad en general. Decimos que no se trata de reparar un evento histórico estanco en el tiempo pretérito, no nos referimos a cosas que ya pasaron sino a un proceso vivo, en pleno desarrollo, que sigue operando sobre el psiquismo individual y colectivo, incluyendo ahora a generaciones nuevas, distantes de los eventos traumáticos primarios pero no ajenas al devenir transgeneracional de esos eventos. (Madariaga, 2001) Las organizaciones de derechos humanos, las agrupaciones de usuarios y familiares, los trabajadores de salud mental que operamos en la red pública de reparación y miembros de ONG tenemos una coincidencia central, a mi juicio capital para fundamentar la insuficiencia matriz de la reparación en Chile (y que se prolonga, lamentablemente en un consenso doloroso y dramático en toda Latinoamérica): hasta hoy ha fracasado la expectativa de verdad y justicia plena para los crímenes de lesa humanidad y la impunidad se ha posicionado como un fenómeno casi naturalizado en la convivencia social. La impunidad obstaculiza el procesamiento de los duelos individuales, familiares

y colectivos; mantiene vivo en el psiquismo la carga traumática, la reproduce y la transforma constantemente; se mimetiza en el intersticio de las relaciones sociales, bien como formas disruptivas de psicología social, bien como morbilidades o disfunciones, como fenómenos anómicos, como experiencias contestatarias alienadas, especialmente en sectores juveniles marginados; absorbe acriticamente el *ethos* neoliberal que promueve el individualismo, el acriticismo, la despolitización, el consumismo y variados otros ismos que pueblan la contracultura ambiente.

No más de un 10% de los crímenes han sido aclarados y condenados (UDP, 2017); la inmensa mayoría de los casos se mantienen en la oscuridad y siguen alimentando las fantasías de sufrimiento, horror y muerte en las víctimas. Esta realidad, inconclusa en términos de un ideal de convivencia básica, hace camino propio en la violencia cotidiana y la delincuencia, en el delito de cuello y corbata a gran escala, en la corrupción (los ejemplos aplastan), en el carácter endémico de las adicciones y en las peligrosas tasas de morbilidad en salud mental que afectan a los chilenos y chilenas hoy. Impunidad y fenómeno anómico, una día nefasta cuya existencia facilita la comprensión de las complejidades de la reparación.

Por otra parte, el Estado de Chile ha seguido una estrategia de reparación parcelada y desfasada en el tiempo, lo que ha llevado a un desarrollo algo metafísico, es decir, particularizado e inconexo, de las diferentes iniciativas de reparación implementadas en distintos tiempos históricos posdictadura. Debemos dar un inequívoco reconocimiento, pese a ello, al importante efecto reparatorio que han tenido en términos de recuperación de verdad histórica y de memoria social las Comisiones Rettig y Valech y las leyes de reparación a que dieron origen para familiares de ejecutados y detenidos desaparecidos y para ex prisioneros políticos y torturados, lo mismo que las leyes para los exonerados. Sin embargo, cada uno de estos esfuerzos notables por reparar siguió un curso propio, sin un lineamiento político general que integre los caminos en una sola estrategia; cada una de estas leyes implicó y

sigue implicando importantes acciones de las víctimas en defensa de sus derechos, esfuerzos por corregir sus aspectos inequitativos y sus vacíos. Hay una justa percepción que estas leyes no son suficientes para dar cumplimiento a los principios definidos por Naciones Unidas para una reparación plena de los derechos ciudadanos conculcados por acción del Estado.

Una cuestión no menor, derivada de lo anterior, ha sido la manifiesta debilidad de las estrategias de intersectorialidad que exige la reparación para dar cuenta de manera integral a todas las demandas involucradas, particularmente las referidas a la indemnización y rehabilitación, a las pérdidas materiales. Se trata aquí de políticas sociales, de inversiones directas desde el punto de vista financiero para reparar pérdidas asociadas a calidad básica de vida, a condiciones concretas de existencia de las víctimas. Es decir, es una interpelación a los ministerios de izquierda, en lenguaje de P. Bourdieu, a los ministerios pobres, que gastan y no generan ingresos, ministerios cuya existencia es un dolor de cabeza para el capital financiero internacional (digo FMI, OMC, BM) y cuyos presupuestos han estado en la mira de la jibarización del Estado y de su traspaso al mercado. Soluciones como vivienda, educación, previsión social y trabajo aparecen aún invisibilizados para la configuración de programas sociales con capacidad real para satisfacer necesidades concretas. Si bien este es un tema que afecta horizontalmente a la sociedad chilena –fruto de una injusticia radical en la distribución de la riqueza social, que hace contraste absurdo con nuestras pretensiones primermundistas– en el caso de las víctimas de violaciones a los derechos humanos la carencia de soluciones tiene efecto de daño, perpetúa los sentimientos de postergación e injusticia, de indolencia social. En el caso de los ex prisioneros políticos, los últimos en acceder a políticas reparatorias, las demandas materiales de este tipo, que tienen una directa relación con la reinserción social, con la superación de la pobreza, con la reconstrucción del proyecto histórico-vital, han sido objeto de múltiples acuerdos y desacuerdos con los últimos gobiernos, sin que haya soluciones

pese a la suscripción de compromisos concretos; de allí las frecuentes huelgas de hambre y las manifestaciones políticas de rechazo.

Un notable aporte ha sido el despliegue de diversas estrategias de recuperación de memoria y el levantamiento de innumerables sitios de rememoración a lo largo de todo el país; se trata de un esfuerzo de características multiformes, en gran medida concretados a partir de un ingente esfuerzo de las agrupaciones, en algunas ocasiones solas y en otras con el concurso de proyectos financiados por el Estado y asesorados por profesionales y artistas afines a esta problemática. El Museo de la Memoria y los Derechos Humanos es un ejemplo destacado de un proyecto vivo, que intenta ir más allá de las tradicionales experiencias de construcción de sitios históricos basados en una museología estática, asentada en un pasado inerte; a la recuperación de los testimonios simbólicos, audiovisuales y textuales se suma en esa propuesta una política de investigación histórica, la producción de nuevos conocimientos y un acercamiento a la comunidad en materia de difusión y extensión, de evidente impacto para la producción de una cultura nacional en derechos humanos.

Desde una mirada general sobre la tarea de reparación social para las víctimas del terrorismo de Estado, planteo que hay aquí serios obstáculos para la satisfacción de los parámetros universales establecidos en la comunidad internacional. La *restitución, indemnización, rehabilitación y satisfacción de garantías de no repetición* propuestas por Naciones Unidas (2005) son todas ellas tareas inconclusas, con heterogéneos grados de desarrollo; a medida que el tiempo histórico sigue su curso implacable se van agotando, burocratizando, desensibilizando, favorecido por la impunidad, fenómeno que arrastra la desmemoria, la apatía social, formas alienantes del funcionamiento en la vida cotidiana, etc. El trauma social, este hecho social total del que hablamos al inicio, en tiempo presente sigue desbordando las estrategias reparatorias. Mientras esto siga sucediendo el trauma seguirá siendo un problema del presente de nuestra sociedad y, además, un problema para las futuras generaciones. Por

momentos podrá ser un fenómeno invisible a la conciencia intersubjetiva pero que no dejará de condicionar y graduar silenciosamente las relaciones sociales; en otras circunstancias emergerá en crisis, abriendo un panorama desolador respecto de lo que yace oculto en el inconsciente ciudadano y que irrumpe develando una fractura profunda en la sociedad, que ingenuamente imaginábamos ya cicatrizada. Ambos momentos los hemos vivido con toda nitidez en diversas etapas de la posdictadura, siempre en consonancia con acontecimientos ligados al devenir de la verdad y la justicia, a la exposición mediática de documentos testimoniales, a la conmemoración de fechas de trascendencia, a los procesos electorales, etc.

### **La reparación como problema específico de la salud pública**

Observado el trauma social desde la salud pública creo necesario destacar dos hechos que caracterizan de manera determinante el estado actual de la situación: por una parte, la primera generación se está muriendo; y, por otra, el trauma está instalado en la segunda y tercera generación.

Respecto de lo primero, el *exitus letalis* de la primera generación (empleo este término en el sentido médico de “una salida mortal” o de “un proceso hacia la muerte”, “una enfermedad que se encamina a la muerte”), se trata de una fase del curso histórico del trauma que tiene una profunda significación simbólica, que nos recuerda los efectos psicosociales que produjo en la sociedad europea la desaparición de la generación de sobrevivientes de los campos de concentración, los *musulmanners* de Bettelheim; se trata de un duelo social complejo, que se procesa en un contexto de impunidad para los criminales y que mantiene activos en el inconsciente colectivo los miedos, las fantasías de destrucción y muerte, los sentimientos de indefensión, frustración y desencanto del sujeto social respecto del mundo en que vive. La partida de la primera generación es un momento crítico para la transmisión transgeneracional del trauma; una provocación tanática para el psiquismo, es-

pecialmente de los familiares de las víctimas, para su descendencia.

Esta salida mortal de la primera generación merece una atención como problema de salud pública: ¿por qué se mueren estas personas?, ¿cuáles son sus causas específicas de muerte?, ¿cuál es el comportamiento de sus tasas de mortalidad y de su esperanza de vida al nacer respecto de la población general? Traducimos en lenguaje epidemiológico una pregunta lacera que desde hace ya bastantes años se vienen haciendo las agrupaciones de víctimas cuando intuyen en su realidad inmediata que la muerte ha acelerado su camino entre los suyos, que hay mucho cáncer, mucho infarto, mucho suicidio. Parece que más allá de las fantasías de pérdida y de muerte que los afectan hay una razonable constatación de hechos que también nos hace mucho eco a quienes trabajamos en la atención de las víctimas. Y este es un aspecto del trauma aún no precisado científicamente en Chile. Prácticamente toda la investigación epidemiológica existente remite a breves casuísticas de prevalencia tratada por pequeños equipos de salud, especialmente de salud mental, que dan cuenta de frecuencias de morbilidad en universos pequeños de consultantes. Estas investigaciones se limitan a explorar las enfermedades físicas y preferentemente psiquiátricas entre sus usuarios. Utilizan metodologías no comparables y no permiten proyecciones a mayor escala.

En medio de este vacío epidemiológico nos satisface comentar que en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina nos encontramos en una fase final de análisis de datos de un estudio FONIS sobre mortalidad (Jorquera, 2016), que abarca a la totalidad de las personas que han tenido reconocimiento oficial como torturados y prisioneros políticos en los Informes I y II de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (Informe Valech, 2004). Se trata de un universo de 38.254 sobrevivientes de tortura de los cuales 9.182 (24%) han fallecido al 30 de junio de 2016 (8.427 hombres, 89%, y 755 mujeres, 11%). Estamos próximos a respondernos preguntas por la distribución de las causas de muerte, las tasas de mortalidad, la esperanza de vida al nacer y los años de

vida perdidos por este segmento de la población chilena. Postulamos que se trata de una población vulnerable que requiere de una urgente respuesta de tipo preventivo y promocional, específicamente dirigida a la primera generación del trauma y a todo su grupo familiar, que sea susceptible de aplicarse en la extensa red pública de equipos del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS) a lo largo del país. Hay una larga lista de publicaciones neurocientíficas en la última década que apuntan a una estrecha relación causal entre trauma, estrés crónico, enfermedad y muerte, a partir del impacto de situaciones de traumatización extrema sobre los sistemas psiconeuroinmunoendocrínicos (González-Méndez, 2009) (Moscoso, 2014) (Grande-García, 2009) (Klinger, 2005); varios de estos estudios señalan que las causas más frecuentes de muerte por este mecanismo multisistémico son el cáncer, el infarto agudo del miocardio, las enfermedades infecciosas (incluido el VIH), las afecciones autoinmunes y los accidentes vasculares del SNC. Se destaca, asimismo, la presencia muy frecuente de co-morbilidad de estas patologías con enfermedades psiquiátricas como la depresión y el trastorno de estrés postraumático.

El vacío existente en cuanto a diagnóstico epidemiológico de las consecuencias biomédicas, psicológicas y psicosociales del trauma debe ser reparado con urgencia; ello requiere de un posicionamiento estratégico de la investigación científica dentro de la red pública de reparación en salud en torno del impacto del trauma en el proceso salud – enfermedad; del mismo modo que implica activar la línea de trabajo en prevención y promoción de la salud, especialmente con programas para los grupos vulnerables. Todo esto es tarea para la red PRAIS, para lo cual cuenta con información a la mano y con equipos de atención distribuidos en todo el país; ello no será posible si no se dispone de los recursos financieros y humanos adecuados, si no se establecen planes de trabajo en estos campos y si no se integran el nivel central de este programa y sus redes territoriales en la co-construcción de estrategias de carácter nacional. Este es un desafío que tensiona críticamente el modelo

biomédico que aún hegemoniza el quehacer de estos equipos, muy presionados por las tareas de gestión productivista de tipo curativo y por la escasez de recursos para hacerse cargo de un ámbito preventivo-promocional, que tiene una fuerte concepción comunitaria y que, por lo demás, está definido como una de sus funciones clave en la norma nacional.

En relación a nuestra segunda preocupación, el daño transgeneracional, con fortuna tenemos acuñada ya una extensa bibliografía de trabajos nacionales e internacionales, especialmente en el Cono Sur de nuestra región, que exploran los mecanismos de producción de la herencia traumática, los aspectos socio-históricos, políticos y sociológicos involucrados desde la realidad contextual, sus formas de expresión a nivel del psiquismo individual y colectivo, los grupos más vulnerables, sus manifestaciones a nivel psicológico y psicopatológico (especialmente centradas en los adolescentes), ciertas estrategias de manejo clínico e intervención psicosocial, etcétera (CINTRAS, 2009, 2013). La transmisión del trauma a las nuevas generaciones en nuestro país debe ser comprendida como un tema de preocupación para la salud pública, particularmente para la salud mental; hablamos de grupos vulnerables que son continuidad multi, inter y transgeneracional con las víctimas primarias del terrorismo de Estado; estas últimas dan cuenta de un deterioro psicobiológico asociado a una muy probable menor esperanza de vida, como hemos señalado, lo que ratifica que este tipo de experiencias traumáticas amenazan la vida y también la integridad psicoemocional de las personas. Esta realidad fáctica en términos de morbimortalidad, viaja como riesgo hacia la segunda generación; por tanto, debe ser atendida en su especificidad. Una importante cantidad de sujetos que corresponden a la nueva generación son consultantes de la red PRAIS en todo Chile, por lo que se hace necesario la capacitación de los equipos en esta temática, el aprendizaje de metodologías de pesquisa del riesgo a partir de la demanda de atención espontánea de los jóvenes que en su mayoría concurren por problemas de salud aparentemente desconectados del trauma familiar; ca-

pacitar en el manejo clínico y psicosocial de los casos individuales, familiares y también grupales; abrir espacios programados para el trabajo social y comunitario en el campo de la prevención y la promoción, etcétera.

En fin, PRAIS es la respuesta del Estado al daño transgeneracional, propuesta de reparación en salud única en América Latina, pese a sus limitaciones; es el instrumento estratégico para atender este problema de salud pública, ahora, cuando recién se configura como peligro para la salud de nuestra población y como amenaza para la producción de subjetividad social. La constatación científica del daño en segunda y tercera generación empieza a cuestionar las definiciones que la Norma Ministerial ha establecido sobre hasta dónde se extiende el “beneficio” de salud en la línea generacional del llamado “caso índice”. El dilema es ¿seguimos con una definición administrativa de estos límites o depositamos la pesquisa del caso (es decir, la presencia o ausencia del trauma) en los equipos especializados que pueden fundamentar técnicamente que un sujeto determinado es víctima tardía del trauma, con independencia del lugar y la familia con que vivía, de su fecha de nacimiento y su relación con el fin de la dictadura? Una no resolución de este nodo nos arriesga como Estado a producir una nueva brecha en la reparación al configurar nuevos eventos de retraumatización que cuestionan la voluntad de rehabilitación y satisfacción de garantías de no repetición que recomienda Naciones Unidas.

## REFLEXIÓN FINAL

Reparación integral es una tarea de inmensa complejidad y requiere de una crítica rigurosa y de ajustes importantes; parte sustantiva de estos ajustes constituyen derechos de ciudadanía, por lo que interpelan la voluntad política para los cambios necesarios, la determinación económica para garantizar su materialización, el diseño de nuevas políticas y programas integrados de reparación, la preparación de cuadros técnicos, el despliegue de una intersectorialidad efectiva y con capacidad para dar soluciones concretas a los problemas concretos. Reparación, como de-

saño específico de salud, exige avanzar en el conocimiento científico del trauma social, reformular el Programa de Reparación Integral en Salud –que se apronta a cumplir 30 años de existencia– en términos de hacerlo menos biomédico y más biopsicosocial, menos asistencial y más comunitario, menos curativo y más preventivo-promocional. Estimo que todo ello es posible porque es necesario; no veo otra forma de avanzar en este sentido sin el concurso decidido de los actores sociales que convoca el trauma social, investidos de un rol como agentes de cambio: en primer término los propios afectados y sus organizaciones comunitarias, los trabajadores de la salud y salud mental, la sociedad civil representada por el activo de organizaciones de derechos humanos, las organizaciones políticas, sociales y gremiales. La contraparte debe ser las instituciones de Estado pertinentes y las autoridades democráticas de los gobiernos que lo administran y que deben actuar movilizados por el respeto irrestricto a sus compromisos internacionales.

Santiago, 4 de diciembre de 2017

## REFERENCIAS

1. Bettelheim B. Individual and Mass Behavior in Extreme Situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1943; 38, pp. 417-452.
2. Borón A. *Aristóteles en Macondo*. Córdoba, Argentina: Espartaco; 2009.
3. CINTRAS. *Daño Transgeneracional: Consecuencias de la represión política en el Cono Sur*. Santiago de Chile; 2009.
4. CINTRAS. *Prevención del daño transgeneracional en segunda generación. Trabajo psicosocial de grupo*. Santiago de Chile; 2013.
5. Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. *Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. Valech I*. Santiago: Biblioteca Digital INDH; 2004.
6. Gómez J. *Política, democracia y ciudadanía en una sociedad neoliberal (Chile: 1920-2010)*. Santiago de Chile: ARCIS / CLACSO; 2010.
7. González-Méndez T. Psiconeuroinmunología, emociones y enfermedad. Una revisión. *MedULA*, 2009; 18: 155-164.
8. Grande-García, I. Neurociencia social: una breve introducción al estudio de las bases neurobiológicas de la conducta social. *Psicología y Ciencia Social*, 2009: 13-22.
9. Han B-C. *Psicopolítica*. Barcelona: Herder; 2015.
10. Han B-C. *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder; 2016.
11. Hegel G. *Ciencia de la Lógica*. Buenos Aires: Solar/Hachette; 1976.
12. Jorquera MM. *Estudio de mortalidad en sobrevivientes de tortura y prisión política en período de terrorismo de estado, en Chile 1973-1990*. Proyecto FONIS SA16I0022. Santiago; 2016.
13. Keilson H. *La traumatización secuencial en niños*. La Universidad Hebrea Magned Press; 1992.
14. Klinger, JE. La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*; 2005: 120-129.
15. Lazzarato M. *La fábrica del hombre endeudado. Ensayo sobre la condición neoliberal*. Buenos Aires: Amorrortu; 2013.
16. Madariaga C. Daño Transgeneracional en Chile. Apuntes para una conceptualización. *Reflexión*, 2001; 27.
17. Madariaga C. Tortura y Trauma Psicosocial. En: CINTRAS [Santiago], *Daño Transgeneracional: Consecuencias de la represión política en el Cono Sur*; 2010: 27-42).
18. Martín Baró I. *Psicología de la Liberación*. Madrid: Trotta; 1998.
19. Moscoso M. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona*, 2014; 117: 53-70.
20. Samaja J. *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar editorial; 2014.
21. Tisseron ST. *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma*. Buenos Aires: Amorrortu; 1997.
22. UDP, Centro de Derechos Humanos. *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2017*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
23. ONU. *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones*

*graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones.* 56ª sesión de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas (19 de abril de 2005); 2005.

24. Victoriano F. Capitalismo y Democracia. Apuntes de clases Doctorado en Procesos Sociales y Políticos L.A. U. Arcis. Santiago, Chile; 2016 [enero].