



Expulsión institucional y situación de calle en salud mental: una discusión para repensar la externación

Yoma, Solana María¹; Herranz, Silvana Melisa²

¹ Ciffyh-CONICET, Universidad Nacional de Córdoba

² CONICET, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba

Palabras claves

SITUACIÓN DE CALLE
SALUD MENTAL
DERECHOS HUMANOS
EXTERNACIÓN

Información de contacto

solanayoma@unc.edu.ar

Resumen

A 10 años de la sanción de las leyes nacional y provincial en salud mental, la problemática de la situación de calle en este campo, nos lleva a resaltar dos aspectos: el encierro sigue siendo el eje de abordaje y el principal articulador de las intervenciones; a su vez, la “externación”, ante la carencia de una red de dispositivos sustitutos y un proceso de acompañamiento luego del alta clínica, opera como expulsión institucional, radicalizándose en los casos más graves en situación de calle. A partir de tematizar esta problemática, el artículo se propone situar la especificidad de personas usuarias de servicios de salud mental que contaban con trayectorias institucionales previas a la situación de calle. El presente trabajo se desarrolla en el marco del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos que tiene como objetivo monitorear las políticas de salud mental que se llevan adelante en la provincia de Córdoba y controlar el cumplimiento de las leyes sancionadas en el año 2010 (Ley Nacional n° 26.657 y Provincial n° 9848). Particularmente, esta indagación estuvo basada en un diseño cualitativo, orientada al monitoreo de políticas públicas con enfoque de derechos humanos. La producción de datos se realizó a partir de entrevistas semiestructuradas a informantes claves en salud mental, lo cual fue triangulado con documentos oficiales que ofrecieron información de tipo cuantitativa concerniente a esta problemática en la ciudad de Córdoba. Los resultados de este trabajo nos permiten situar dos ejes principales: las respuestas estatales orientadas a los procesos de externación en salud mental y al abordaje de personas en situación de calle; y, por otro, las vulneraciones de derechos que padecen las personas usuarias de salud mental que se encuentran actualmente en esta situación.



El oleaje del frío que inexorablemente desembarca en los inviernos no deja huellas de muerte por mano propia. No aloja gente bajo el techo de la intemperie. No expulsa niños al abismo.
El enemigo no es el frío.
Hay que abrigarse de los predadores sistémicos.

De los que manejan expedientes en los despachos. De los que presupuestan. De los que construyen una tierra para pocos. De los que afilan las escarchas para cortar los hilos que sostienen a los frágiles. De los que eligen quiénes están y quiénes no de este lado de la vida.

Silvana Melo

1. Introducción

El presente trabajo se desarrolla en el marco del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (OSMyDDHH) que tiene como objetivo monitorear las políticas de salud mental que se llevan adelante en la provincia de Córdoba y controlar el cumplimiento de las leyes sancionadas en el año 2010 (Ley Nacional n° 26.657 y Provincial n° 9848). En esta oportunidad, procuraremos analizar las problemáticas específicas de las personas usuarias de servicios de salud mental de la ciudad de Córdoba que se encuentran en situación de calle.

La problemática de la situación de calle en el marco de salud mental, nos lleva a resaltar dos aspectos: el encierro sigue siendo el eje de abordaje en salud mental; la externación se sostiene sólo como un procedimiento de alta clínica institucional.

En primer término, y aun cuando en 2020 se cumplen 10 de la sanción de las leyes en salud mental, el encierro continúa siendo, a partir de la persistencia de los monovalentes y la prácticamente nula red de dispositivos sustitutos, el eje de abordaje de la salud mental en Córdoba y Argentina. Una investigación reciente realizada en Buenos Aires, transmite esta noción con sustancial claridad:

(...) el encierro sigue siendo el principio articulador de su abordaje, y el elemento más estable en la historia de la locura como problema. El encierro como dispositivo, entendiendo por tal la red o ensamblaje que articula las prácticas, que cuenta con un conjunto de tecnologías, y que funciona conforme a una serie de reglas, es el elemento que ordena el mapa de las prácticas y políticas (Barukel & Stolkner, 2017, p.202).



En segundo término, es preciso atender cómo se concibe y procede en torno a la externación de dispositivos monovalentes psiquiátricos. En este trabajo queremos destacar la concepción de “externación” como parte del proceso de desmanicomialización que promueven las normativas nacionales y provinciales en salud mental, en armonía con los tratados internacionales de derechos humanos en los cuales se fundan. En este trabajo, y siguiendo lo propuesto por Sabin Paz et al. (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, buscamos aproximarnos a una definición que la reconozca como 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. El marco legal vigente en el campo establece que la externación debe ser parte de una política estatal de salud pública, tendiente a crear y fortalecer un sistema de salud mental centrado en la atención primaria, preventiva y operativa en el ámbito de la comunidad. En este sentido, no se circunscribe exclusivamente a una serie de medidas terapéuticas o al ámbito hospitalario sino que requiere de acciones intersectoriales para un abordaje integral (Sabin Paz et al, 2015).

Por su parte, y a nivel de los procesos singulares de las personas, la externación debe abordarse como un

proceso que va de la internación a la externación, en lo sustancial, debe incidir en una dinámica que vaya de la institucionalización a la desinstitucionalización. Un camino de ruptura con la lógica de la institución total, que la sustituya por un modo de relación que devuelva al sujeto el reconocimiento de su singularidad y que apunte su autonomía e independencia (CELS, 2015, p.122).

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, sino que, por el contrario, requiere necesariamente la articulación horizontal entre diversos servicios a modo de red, desde un anclaje comunitario.

Como se analizará a continuación, es precisamente la 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. Tal como se entiende en el artículo 3° de la Ley 26.657, la salud mental está asociada a la concreción de derechos fundamentales de todas las personas, por lo cual la vulneración de los mismos afecta gravemente la salud mental, y al mismo tiempo, los estigmas relacionados a los padecimientos subjetivos profundizan dicha vulneración, produciéndose un círculo vicioso entre vulneración de derechos, padecimiento subjetivo y expulsión social (Yoma, 2018). En el presente trabajo, retomamos la noción de “expulsión social”



propuesta por Paugam (2004), al comprender que -a diferencia de la “exclusión”- esta categoría retoma las condiciones de producción de esta problemática y enfatiza en dimensiones como el desarrollo económico y en el papel del Estado como principal proveedor.

2. Materiales y métodos

La presente investigación estuvo basada en un diseño cualitativo, orientada al monitoreo de políticas públicas con enfoque de derechos humanos. La importancia del análisis cualitativo en torno a políticas públicas reside en la posibilidad de dar centralidad a las construcciones de sentido que los actores despliegan para significar sus acciones en contexto, comprender situaciones y operar en consecuencia (Iñiguez, 2003).

Para ello recuperamos testimonios de personas usuarias que, luego de una internación por motivos de salud mental en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, quedaron en situación de calle. A su vez, indagamos en las significaciones y prácticas desarrolladas por profesionales de dicho hospital y de un albergue municipal para personas en situación de calle, mediante entrevistas semi-estructuradas siguiendo una estrategia de muestreo teórico.

Durante el trabajo de campo, se solicitó el consentimiento informado de los participantes, acorde a las normativas éticas vigentes que regulan la investigación en salud en la provincia de Córdoba (Ley 9.694) y la Guía para la Investigación en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación (2011). La información obtenida en esta investigación fue tratada bajo estrictas normas de anonimato y confidencialidad, de acuerdo a la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales.

Esta información se complementó con datos cuantitativos producidos por la Defensoría del Pueblo de la provincia de Córdoba en sus “Informes Anuales sobre personas en situación de calle”, bajo el supuesto de que la combinación de datos cualitativos y cuantitativos proporciona rigor, complejidad, amplitud, riqueza y profundidad (Denzin, 2012) para una comprensión más acabada de las problemáticas analizadas.

Aun comprendiendo que la falta de una opción habitacional y el estado de desafiliación que produce la situación de calle genera graves afectaciones a la salud mental de las personas, a los fines de este trabajo se abordó particularmente la problemática de las personas usuarias de servicios de salud mental que contaban con trayectorias institucionales previas a la situación de calle. De este modo, resultarán propicias futuras investigaciones que posibiliten profundizar los alcances de este estudio para aquellas personas con padecimientos subjetivos que se encuentran en situación de calle, pero 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 sostenibles.

3. Resultados

Los resultados de la presente investigación se organizaron a partir de los siguientes ejes: por un lado, las respuestas estatales orientadas a los procesos de externación en salud mental y al abordaje de personas en situación de calle; y, por otro, las vulneraciones de derechos que padecen las personas usuarias de salud mental que se encuentran actualmente en esta situación.

4. Respuestas estatales y estado de situación actual.

4.1. Recursos del Estado para la externación.

El Estado y las políticas vinculadas a la externación de personas con trayectorias de institucionalización en hospitales monovalentes de salud mental resultan determinantes claves a la hora de analizar la situación de calle. Sin embargo, como respuesta desde el Estado, se evidencia una escasez de prestaciones (programas, subsidios, ayudas económicas) para personas en proceso de externación.

El informe oficial del Defensor del Pueblo (2015) detalla algunos de los recursos estatales dirigidos hacia la población en situación de calle, refiriendo que el 68,1% 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, son principalmente jóvenes. Sin embargo, el último informe de este organismo (Defensor del Pueblo, 2019) no brinda especificaciones sobre dichas contribuciones estatales y sólo explicita que “aproximadamente 4 de cada 10 personas hogarizadas cobra alguna pensión o jubilación” (p.70).

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 Documento Nacional de Identidad (DNI) y lugar de residencia que resultan paradójales considerando la población a la que se dirigen.

Particularmente, para tramitar una pensión es necesario contar con el DNI y, para contar con este documento, es preciso declarar un domicilio fijo, del cual carecen las personas que se encuentran 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 -salvo excepciones- no reciben a personas sin documentos de identidad.

En los casos particulares en que les trabajadores consiguen tramitar el DNI -con todos los obstáculos 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. Al respecto, el Informe del Defensor del Pueblo (2015) 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 (p.64).

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. En términos generales, se menciona que los profesionales deben enfrentar procesos burocráticos insistentes y prolongados para conseguir aportes estatales muy acotados en su alcance y duración. A su vez, las complejidades y demoras en los procesos de gestión, pone a las personas usuarias en una situación de mayor dependencia. Esto reviste particular gravedad al considerar que se trata de personas que se encuentran ante la disyuntiva de una extensión de la internación sin razones de salud, o una salida que se traduce en una absoluta intemperie respecto a las posibilidades de acceso a condiciones de vida dignas. Esta disyuntiva alcanza también a profesionales del hospital monovalente, que se encuentran en la obligación de articular estrategias alrededor de esta institución, como último baluarte frente a la ausencia de respuestas estatales oportunas e integrales:

“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 que es así, endogámico, pero es con lo que contás” (Entrevista a profesional del HNP).

Seguimiento a la externación: Comedores y pastillas.

“Pareciera que no hace falta la palabra en el Neuro”

(Trabajadora social del HNP).

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 trabajadores, 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 “dispenser de medicamentos”, sin instrumentarse los mecanismos necesarios para un tratamiento adecuado e integral. Profesionales afirman: “(...) y el seguimiento de acá es

netamente farmacológico, porque no hay psicólogos, o sea, ¡imagínate!” (Entrevista a profesional del HNP); “(...) vos trabajas desde un concepto integral de la salud y la salud mental, pero la realidad te muestra otra cosa. Vos trabajas con el paciente que la salud mental es todo y blabla, pero al momento de la realidad no tenés qué ofrecerle” (Entrevista a profesional del HNP).

Esto se ve acrecentado por la carencia de profesionales de la psicología que puedan ofrecer este seguimiento: en la actualidad, se señala que hay sólo diez psicólogas operativas en el HNP, puesto que se pierden cargos ante jubilaciones (no hay “altas por bajas”), y no se cubren las licencias, lo cual sobrecarga al personal existente.

4.2. Respuestas habitacionales

Al preguntar por las alternativas habitacionales luego de la externación del manicomio, insiste en el discurso de las personas entrevistadas las nociones de “vacío”, “ausencia” y “falencia”. Se menciona que existen albergues de distintas pertenencias, geriátricos u hogares para personas con retraso mental entre mediano y profundo, pero que éstos no incluyen a toda la población y sus necesidades, ni se presentan como respuestas específicas para personas en proceso de externación.

A su vez, una de las grandes asignaturas pendientes desde la sanción de las actuales normativas en salud mental es la creación de una red de dispositivos sustitutos, tales como residencias compartidas o protegidas, casas de medio camino o casas de convivencia (Art. 11 Ley Nacional N° 26.657; Art. 23 Ley Provincial N° 9.848). En la ciudad de Córdoba, sólo existe una Casa de Medio Camino pública destinada a mujeres usuarias con trayectorias de internación en salud mental y que se encuentra sostenida con fondos provinciales. Además, existen dos Casas de Convivencia Autogestionadas que son sostenidas “a pulmón” por un grupo de profesionales y personas usuarias externadas del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, pero que cuentan con limitados recursos públicos provinciales orientados a garantizar su sostenimiento y continuidad.

4.3. Dispositivos que abordan a personas en situación de calle.

Las personas en situación de calle duermen en su mayoría en la “vía pública”. De un total relevado de 476 personas en situación de calle

245 (51,5%) pernoctan en la vía pública y 231 (48,5%) lo hacen en hogares y albergues del Estado y de la sociedad civil. Por lo que, puede inferirse que de cada 10 personas que hoy se encuentran en situación de calle, 5 duermen en la vía pública y 5 en hogares y albergues. (Defensor del Pueblo, 2019, p.12)

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. En el mencionado informe del Defensor del Pueblo de la Provincia de Córdoba, se brinda un gráfico que esquematiza

la progresión de los últimos 10 años relativo a la variación del total de personas en situación de calle:

Tabla 5: Variación del total de personas en situación de calle relevadas año a año

Años ----- Variables	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Población Total Relevada	224	342	351	391	369	350	326	341	333	426	476
Población Total en refugios	120 (sólo albergues estatales)	232	227	221	257	280	239	206	174	212	231
Población Total que duerme en la vía pública	104	110	124	170	112	70	87	135	159	214	245

Tabla N°1: Variación interanual de personas en situación de calle en la ciudad de Córdoba. Nota: Tabla presentada en el Informe del Defensor del Pueblo de la Provincia de Córdoba. Año 2019. Página 13

De la tabla anterior es dable destacar que existe una tendencia sostenida en el aumento de la población en situación de calle, aun cuando se registren algunas disminuciones puntuales interanuales. Particularmente, entre 2018 y 2019 se registra un aumento del 14,5% en dicha población. En el referido informe se afirma que:

Este aumento, se corresponde a su vez con un significativo incremento registrado del 34,5% entre 2017 y 2018. Por lo que puede inferirse que la tendencia hacia el crecimiento de la población que reside en la vía pública durante los últimos años no se ha revertido, sino que contrariamente ha aumentado (Defensor del Pueblo, 2019, p.14).

En líneas generales, podemos mencionar 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 y de inclusión social. Se opera con lógicas que invisibilizan las problemáticas de pobreza subyacentes a la situación de calle y se presentan como “parches” que perpetúan esta situación de expulsión.

En la mayoría de estos lugares el personal es insuficiente y sólo algunos pocos cuentan con equipos interdisciplinarios. Los criterios de admisión no son claros y resultan particularmente excluyentes para la población a la cual están dirigidos: algunos albergues tienen límites de edad muy estrictos (40 o 44 años), imponen la condición de que las personas sean totalmente auto-válidas y/o solicitan certificados de buena conducta.

Cuando las personas son admitidas para pasar las noches en un albergue, aparecen nuevas limitaciones relacionadas a los reglamentos y rangos horarios que establecen. En algunos casos, exigen estar en el albergue antes de las 17hs o 19hs, lo cual colisiona con las estrategias laborales de muchas personas que trabajan durante la noche, generalmente como “naranjitas o cuida-coches”. Al mismo tiempo, muchas personas expresaron su rechazo a la exigencia de dejar el albergue a las 7am, particularmente en los meses de invierno.

Estos criterios estrictos de admisión y permanencia, con actividades y horarios muy estructurados, nos alerta respecto de la posibilidad de que estas instituciones terminen funcionando desde una lógica de control y disciplinamiento, contraria al espíritu de las normativas vigentes en salud mental y derechos humanos. Incluso, algunas de las personas usuarias consultadas expresan haberse sentido maltratadas: “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” (Testimonio de persona usuaria de salud mental).

El albergue municipal “Sol de Noche” es identificado por diversos actores como la institución que brinda respuestas habitacionales más “rápidas” y con 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. 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.

En este marco, es posible constatar que existe un grupo de personas usuarias que desarrollan un circuito de “peregrinación” de una institución a otra: “digamos, que van cumpliendo como un itinerario, o sea, van de una pensión a la otra, a los poquísimos dispositivos que hay, un tiempo viven en la calle, un tiempo van a una pensión” (Entrevista a profesional del HNP).

4.4. Tercer Sector ocupando el rol del Estado.

En esta temática es destacable el rol que asume el tercer sector, compuesto por ONGs, fundaciones, asociaciones civiles, entidades religiosas, etc. Entre ellas, les profesionales entrevistados mencionan: un sacerdote de Barrio Müller, el Cottolengo Don Orione, la Casa Felix, Manos Abiertas, entre otros. Están aquellas que ofrecen alojamiento y acompañamiento, y otras más específicamente destinadas a atender la urgencia de proveer alimento en la cena o el desayuno. En particular, en relación al Cottolengo se refiere: “(...) hasta el año pasado solo contábamos con el Cottolengo como lugar de alojamiento, que tenga contención, que tenga trabajo adentro, como centro de día con cuidados especiales” (Entrevista a profesional del HNP). Más aún, desde el sector público se debe recurrir necesariamente a estas instituciones como parte de su estrategia, por la mencionada escasez de dispositivos estatales que brinden respuestas oportunas y adecuadas.



El vacío de intervenciones integrales ofrecidas a nivel de políticas públicas, es ocupado a partir de iniciativas diversas y aisladas, generalmente de tipo asistencial, ya sea por la lógica que los fundamenta como por su transitoriedad. 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 Defensor del Pueblo, en su informe de 2019 hace una evolución anual alusiva al total de población en hogares o albergues en los últimos años, a partir de lo cual es posible reconocer que resulta equivalente la proporción de personas en situación de calle alojadas en instituciones estatales y del tercer sector, aun cuando destacan que la subpoblación en albergues se encuentra en refugios estatales aumentó (50,2% en 2019) en comparación con otros años, llegando a equipararse.

Tabla 7: Población total en hogares/albergues a través de los años.

Años ----- Variables	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Población total en refugios estatales y de la sociedad civil	120 (sólo albergues estatales)	232	227	221	257	280	239	206	174	212	231
Población en Albergue Municipal "Sol de Noche"	60	70	48	58	57	70	60	50	43	54	60
Población en Albergue provincial "Un Hogar para todas las Noches"	60	59	60	57	58	54	54	30	--- ⁵	32	56
Población en albergues de la Sociedad Civil	Sin datos	103	119	106	142	156	125	126	131	126	115

Tabla N°2: Variación interanual de población total en hogares/albergues de la ciudad de Córdoba
 Nota: Tabla presentada en el Informe del Defensor del Pueblo de la Provincia de Córdoba. Año 2019. Página 19

La complejidad reside en que el tercer sector actúa dentro de sus posibilidades, recursos y criterios, en general desde principios de caridad y asistencia. Por ejemplo, en relación a la locación de las comidas que se ofrecen, les profesionales entrevistadas 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" (Entrevista a profesional del HNP), lo cual se suma en las barreras para el retorno a la comunidad, por la carencia de acciones asentadas en los diferentes barrios.

4.5. Barreras para el acceso a servicios de salud.



El Informe 2019 del Defensor del Pueblo indica que una de cada dos personas en situación de calle refieren encontrarse enfermas al momento de dicho relevamiento, aunque se reconoce que “es necesario tener en cuenta que muchas de ellas no tienen regularmente acceso a controles, por lo tanto puede presuponerse que hay un porcentaje mayor de personas con alguna enfermedad pero que probablemente la desconoce” (Defensor del Pueblo, 2019, p. 44).

Al mismo tiempo, se señala que 3 de cada 10 personas enfermas no cuentan con acceso a la atención médica necesaria para abordar sus problemas de salud y se señalan diversas barreras de acceso a estos servicios asistenciales:

Cuando se les preguntó cuáles son las razones por las cuales no siguen el tratamiento, las respuestas hicieron referencia a problemas económicos (“no tengo dinero para eso”), problemas con la obra social (“tengo problemas con la obra social”, “me dijeron que no podía atender con mi obra social”), falta de medicamentos en los hospitales (“no consigo medicamentos”, “no consigo medicamentos para mi artrosis en el hospital”) y obstáculos para sacar turnos médicos (“cuesta sacar turnos”). (Defensor del Pueblo, 2019, p.44).

Al consultar por las instituciones a las cuales acuden para abordar sus problemáticas de salud, se refiere que la única y casi principal alternativa que tienen las personas en situación de calle son los hospitales. Esto permite suponer una ausencia de controles o atención preventiva de la salud, dado que la demanda hacia la institución hospitalaria es la asistencia médica propiamente dicha. Sin embargo, el sector salud no cuenta con iniciativas o programas específicos que estén enfocados hacia esta población.

A nivel municipal, se refiere que la Dirección de Especialidades Médicas es más flexible en la atención de este grupo poblacional y se presenta como una alternativa para personas usuarias con problemáticas de consumo que no quieren concurrir al Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD).

En relación a los servicios de emergencias, los profesionales entrevistados relatan situaciones donde la atención conjunta a pacientes graves resultó por demás compleja y accidentada: experiencias de “peregrinar” con personas usuarias a las que ningún hospital quiere recibir a pesar de tener criterios de internación, así como resistencias de los propios servicios de emergencias a atender a personas en situación de calle debido al estado de deterioro en el que se encontraban (en estado de ebriedad, descuidados, con falta de higiene, etc.).

5. Personas usuarias de servicios de salud mental en situación de calle.

5.1. Caracterización de la población.

Las diversas fuentes consultadas coinciden en considerar que “la calle” aparece como un territorio básicamente masculino. El Informe del Defensor del Pueblo (2015) afirma que la mayoría de las

personas en situación de calle en la ciudad de Córdoba son varones, fundamentalmente adultos y adultos mayores (72% del total). Esto se sostiene e incrementa en 2019, lo cual se deja traducir en la siguiente tabla:

Tabla 1: *Resultados del relevamiento 2019*

Total de la población en situación de calle	Subtotal de población en Albergues y Refugios	Subtotal de la población residente en la vía pública
476 personas	231 personas (48,5%) 116 en instituciones estatales 115 en instituciones de la SC	245 personas (51,5%)
84,9% de varones (404 personas) 12,1% de mujeres (58 personas) 3% niños/as (14 personas sin especificar sexo)	78,3% varones (181 personas) 15,6% mujeres (36 personas) 6,1 % Niños/as (14 personas sin especificar sexo)	91% varones (223 personas) 9% mujeres (22 personas)

Tabla N°3: *Resultado de relevamiento de personas en situación de calle, año 2019 en ciudad de Córdoba*

Nota: *Tabla presentada en el Informe del Defensor del Pueblo de la Provincia de Córdoba. Año 2019. Página 13*

A su vez, la mayoría de los albergues y hogares destinados a esta población son para varones. Los profesionales del Hospital Neuropsiquiátrico consideran que esta preeminencia masculina se mantiene también en el caso particular de las personas usuarias de servicios de salud mental.

En relación a las mujeres, las personas entrevistadas 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 personas usuarias 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. Las trabajadoras dicen quedarse sin herramientas al momento de trabajar con este grupo poblacional ya que, sumado a la complejidad de sus problemáticas subjetivas particulares, 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 las personas usuarias jóvenes en proceso de externación, sumado a la vulnerabilidad vital y social que supone su situación y 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. 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 mínimo para subsistir.

5.2. Vulneraciones de derechos de las personas en situación de calle.

La situación de calle en sí misma conlleva una grave vulneración de derechos e implica un alto riesgo a la vida de las personas. Esta situación no sólo vulnera el derecho a la vivienda digna sino también al trabajo, a la salud, a la educación formal, a la seguridad social. Esto se vincula al principio de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, y es relatado de manera gráfica por una persona usuaria:

“Si vos no tenes 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 tenes 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”. (Testimonio de persona usuaria de salud mental).

Por otra parte, pernoctar en la vía pública significa una amenaza constante a la integridad de las personas, quienes se ven expuestas a situaciones de robos y violencia, y frente a las cuales el accionar policial responde con más violencia, persecución y represión. Una persona usuaria relata al respecto:

“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 sabes que hacer ya, no solamente eso sino que la policía te persigue, la policía están todos de acuerdo y te persiguen”. (Testimonio de persona usuaria de salud mental).

Desde la sociedad en general y desde las instituciones del Estado en particular, se registran reacciones sociales negativas y de desprecio frente a las personas que se encuentran en situación de calle, y este rechazo se profundiza en el caso de personas con antecedentes de institucionalización psiquiátrica. El estigma de “peligrosidad” aumenta su exclusión social y justifica intervenciones de tipo punitivo-represivas por parte del Estado.

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 integrales e intersectoriales que debería implementar para garantizar la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales (Abramovich & Pautassi, 2009).

6. Conclusiones

“¿Qué me hablas de salud mental comunitaria?

Si nosotros no tenemos ni barrio”.

(Persona usuaria participante de Radio Los Inestables)

En función del panorama adverso explicitado, muchas personas usuarias consideran al hospital monovalente como una de las principales alternativas de supervivencia, de modo que les 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 supervivencia para muchas personas. Esta doble prohibición se articula en una encrucijada difícil de resolver: no es posible sostener una internación para responder a una problemática habitacional (Art. 15, Ley Nacional N° 26657), pero resulta inadmisibles dejar a las personas en la calle.

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 en la construcción de estrategias durables luego de una internación en salud mental pasan a enlazarse y reforzar vulnerabilidades vigentes y problemas sociales tales como la pobreza, la estigmatización o la persecución policial.

Los procesos de expulsión social y las múltiples vulneraciones de derechos a que se ven sometidas las personas usuarias deben ser revertidas mediante políticas intersectoriales que cumplan con los compromisos internacionales asumidos por el Estado argentino en materia derechos humanos. Esto aparece como una de las principales dificultades reconocidas por las personas entrevistadas, ya que se insiste en la inexistencia de este tipo de políticas para el abordaje de la salud mental que promuevan articulaciones sostenidas entre los Ministerios de Salud, Vivienda, Trabajo, Desarrollo Social. Coinciden en que la articulación entre las distintas dependencias del Estado sólo es posible de manera ocasional y esporádica a partir del esfuerzo de los profesionales o de vínculos interpersonales con trabajadores de otras áreas.

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. 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, el abordaje exclusivo 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, favorecedores de la re-vinculación con las comunidades y el ejercicio de derechos desde el primer momento de la internación en salud mental, de manera que la externación no se configure como sinónimo de una 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 las personas usuarias y acompañarlas en procesos de externación en sus propios barrios.

En los últimos años, el repliegue del Estado como garante y el recorte en la política social, aparecen como signos preocupantes que dificultan pensar en términos de progresividad de derechos en las personas usuarias de servicios de salud mental. Aun reconociendo este panorama adverso, se considera indispensable insistir en la creación de dispositivos sustitutivos y de asignaciones presupuestarias que posibiliten el sostenimiento de un abordaje integral de la salud mental, para que se pueda empezar a pensar el “fin de los manicomios” no ya como un horizonte, sino como una posibilidad certera.

Referencias

- Abramovich, V. & Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de políticas sociales. En Abramovich, V. y Pautassi, L. (Comps.) *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos*. (pp.279-340). Buenos Aires: Editores del Puerto.
- Barukel, A. & Stolkiner, A. (2017) Gobierno de la locura: un juego entre encierro y libertad. Premisas para el estudio de las prácticas vigentes en un hospital psiquiátrico público de Argentina, en *Anuario de Investigaciones*, 24, 201-209.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. CABA: Centro de Estudios Legales y Sociales-CELS.
- Denzin, N. K. (2012) Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 80-88.
- 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 (2015). Informe Personas en Situación de Calle - Año 2015: Relevamiento y diagnóstico de las personas en situación de calle en la Ciudad de Córdoba. Córdoba: UNC. Recuperado de:



http://www.defensorcordoba.org.ar/archivos/publicaciones/2015-11-9-15.56.11.913_GaleriaArchivo.pdf

Instituto de Género y Promoción de la Igualdad del Defensor del Pueblo de la Provincia de Córdoba (2019). Informe Personas en Situación de Calle de la Ciudad de Córdoba - Año 2019. Recuperado de: https://www.defensorcordoba.org.ar/archivos/publicaciones/2019-7-1-16.31.29.651_GaleriaArchivo.pdf

Iñiguez, L. (2003) *La Psicología Social en la encrucijada postconstruccionista. Historicidad, subjetividad, performatividad, acción*. Trabajo presentado como Conferencia de apertura, XII Encontro Nacional da ABRAPSO: Estratégias de invencao-a Psicologia Social no Contemporâneo. 15, 16 e 17 de outubro. Potifícia Universidade do Rio Grande do Sul PUCRS. Porto Alegre, Brasil.

Paugam, S. (2004). O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais. En: Sawaia, B. (Org.), *As artimañas da exclusao. Análise psicosocial e ética da desigualdade social*. (p. 67-86). Petrópolis, R.J: Vozes.

Sabin Paz, M. et al. (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.

Yoma, S.M. (2018). Derechos Sociales y Salud Mental: de la vulneración de derechos y la exclusión social a políticas públicas integrales. En: Rossetti, A., Monasterolo, M. (Ed.) & Yoma, S. (Coord.) *Derechos Sociales e Intersectorialidad: hacia una nueva institucionalidad en Salud Mental* (pp. 259-271). Córdoba: Editorial Espartaco.

Documentos

Congreso de la Nación Argentina. (2010, diciembre) Ley 26.657. Salud Pública. Derecho a la Protección de la Salud Mental.

Legislatura de la Provincia de Córdoba. (2010, noviembre) Ley 9.848. Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba.