



# **República Cromagnón**

**A dos años de la tragedia: una evaluación de las políticas públicas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

**María Eugenia Estenssoro**

*Legisladora de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

**Andrea Andújar**

*Asesora*

**Diciembre de 2006**

## Indice

<b>Introducción</b>	<b>3</b>
---------------------	----------

### Primera Parte

#### **Análisis de las políticas de intervención pública del Gobierno porteño**

<b>1. Las primeras medidas</b>	<b>5</b>
<b>2. El “Programa de Atención a las Víctimas del 30 de Diciembre de 2004”</b>	<b>8</b>
<b>3. Los subsidios: ¿Quién es quién?</b>	<b>11</b>
<b>4. La atención de la salud</b>	<b>19</b>
<b>4.1: Los “dispositivos Cromagnón”</b>	<b>21</b>
<b>4.2. De la teoría a la práctica</b>	<b>23</b>
<b>5. “Acciones hacia la reinserción social de las personas”</b>	<b>29</b>
<b>6. Un nuevo programa. ¿Una nueva oportunidad?</b>	<b>30</b>
<b>7. Consideraciones finales</b>	<b>34</b>

### Segunda Parte

#### **Anexo documental en archivo adjunto**

**Contenido:** Decretos y Resoluciones del Poder Ejecutivo, y Leyes aprobadas por el Poder Legislativo; un informe sobre la atención de la salud mental producido por el director del área de Salud Mental del Ministerio de Salud porteño, Dr. César Bendersky; la respuesta del Poder Ejecutivo al pedido de informes de la Diputada Silvia Majdalani, aprobado por el Poder Legislativo durante el año 2005; dos pedidos de informes presentados por la Diputada María Eugenia Estenssoro durante el año 2006, dirigidos al Ministerio de Derechos Humanos y Sociales y al Ministerio de Salud, respectivamente, y aprobados por el Poder Legislativo durante el mes de noviembre de 2006, y una carta remitida por la Diputada Estenssoro a la Ministra de Derechos Humanos y Sociales Gabriela Cerruti.

## **Introducción:**

Este informe tiene por objetivo presentar una evaluación de las políticas de intervención pública diseñadas e implementadas por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como consecuencia de la tragedia ocurrida el 30 de diciembre de 2004 en el local bailable “República Cromagnón” -localizado en Bartolomé Mitre 3060 del barrio Once de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-.

En ese sentido, lo que se pretende desentrañar es cuál fue el contenido de esas políticas, cuáles fueron los principales aspectos en los que hicieron hincapié y qué impacto tuvieron en la población destinataria, esto es, en los familiares de las víctimas fatales y en los y las sobrevivientes de la tragedia.

La información que sustenta la elaboración de este informe proviene de las siguientes fuentes:

- a. Entrevistas con sobrevivientes y/o familiares de las víctimas de la tragedia de “República Cromagnón”.
- b. Informes elaborados por los organismos de gobierno, en especial el Ministerio de Derechos Humanos y Sociales y el de Salud en sus diversas áreas.
- c. Decretos del Poder Ejecutivo.
- d. Pedidos de informes, proyectos y resoluciones aprobados por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- e. Informe producido por la Comisión Investigadora formada por Resolución 624/05, aprobada en sesión legislativa del 24 de febrero de 2005.
- f. Entrevistas con funcionarios y ex funcionarios de la gestión pública porteña. Entre ellos se encuentran:
  - Ex Ministro de Acción Social, Jorge Telerman
  - Ex Subsecretaria de Derechos Humanos, Gabriela Alegre.
  - Ex Director del área de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Dr. Moscona.
  - Ministra de Derechos Humanos y Sociales, Gabriela Cerruti.
  - Subsecretaria de Derechos Humanos, María José Gumbre.
  - Directora de la Dirección General de Asistencia a la Víctima, Carmen Frías.
  - Ex Coordinador del Equipo de Factores Humanos del SAME, Dr. Daniel Mosca.

- Ministro de Salud, Dr. Alberto De Micheli
- Director de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud, Dr. Alberto Carlos De Lajonquiére.
- Director del área de Salud Mental del Ministerio de Salud, Dr. César Bendersky.
- g. Entrevistas con integrantes de los centros de atención hospitalaria, particularmente, con directores/as de los denominados “dispositivos Cromagnón” de los hospitales públicos.
- h. Entrevista con un especialista en intervención en salud mental en eventos catastróficas, asesor del Gobierno Nacional.
- i. Información periodística aparecida en diversos medios masivos de comunicación, fundamentalmente gráficos.

Este trabajo contiene dos partes. La primera es un desarrollo analítico-descriptivo de las políticas de intervención pública del Gobierno porteño. Subdividida en varias secciones, esta parte se enfoca, por un lado, en los instrumentos de atención inmediata puestos en funcionamiento una vez sucedida la tragedia; por el otro, se abordan las acciones de más largo alcance que abarcaron los aspectos de atención de la salud física y mental, y la asistencia material (subsidios, créditos, empleo, etc.).

La segunda parte es un anexo documental que contiene: Decretos y Resoluciones del Poder Ejecutivo, y Leyes aprobadas por el Poder Legislativo; un informe sobre la atención de la salud mental producido por el director del área de Salud Mental del Ministerio de Salud porteño, Dr. César Bendersky; la respuesta del Poder Ejecutivo al pedido de informes de la Diputada Silvia Majdalani, aprobado por el Poder Legislativo durante el año 2005; dos pedidos de informes presentados por la Diputada María Eugenia Estenssoro durante el año 2006, dirigidos al Ministerio de Derechos Humanos y Sociales y al Ministerio de Salud, respectivamente, y aprobados por el Poder Legislativo durante el mes de noviembre de 2006, y una carta remitida por la Diputada Estenssoro a la Ministra de Derechos Humanos y Sociales Gabriela Cerruti.

## **Primera Parte**

### **Análisis de las políticas de intervención pública del Gobierno porteño**

#### **1. Las primeras medidas:**

Como consecuencia de la tragedia de “República Cromagnón”, tanto el Poder Ejecutivo (en adelante PE) como del Poder Legislativo (en adelante PL) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dispusieron una serie de medidas tendientes a morigerar el impacto de la misma en los sobrevivientes y familiares de las personas fallecidas. Estas acciones comenzaron a desarrollarse en un lapso breve –durante los primeros días del mes de enero de 2004- y adquirieron rápido conocimiento público ya que contaron con una importante campaña publicitaria en todos los medios masivos de comunicación. Así, por ejemplo, entre enero y febrero de 2004, acorde consta en el “Informe de Comunicación” detallado en la respuesta del Poder Ejecutivo al pedido de informes impulsado por la Diputada Silvia Majdalani en el año 2005 -Resolución Nro. 265/2005-, las medidas asumidas por el Gobierno se publicitaron a través de comunicados de prensa emitidos por radio AM y FM, TV de aire y de cable, avisos en medios gráficos, folletos y afiches en la vía pública.

Una de las primeras acciones fue la habilitación de una línea telefónica gratuita (0800-999-AYUDA), que comenzó a funcionar a partir del lunes 3 de enero de 2005 a las 14 hs, acorde se sostiene en la Resolución 265/2005. Esta línea dependía de la Dirección General de Asistencia a la Víctima (área creada en el año 2003 e inserta dentro del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales). Los objetivos centrales del 0800-999-AYUDA eran la agilización de la recepción de los pedidos de ayuda por parte de los y las damnificados, y la realización de las derivaciones a las áreas públicas correspondientes según el reclamo planteado. En particular, tales derivaciones se vinculaban con: la atención psicológica y psiquiátrica, la atención médico-física, la ayuda material para traslados y para sepelios, el asesoramiento en la realización de trámites, búsqueda de personas, e información y orientación. También se intentaba efectuar tareas de seguimiento sobre la evolución de la condición física y mental de la población damnificada.

La línea gratuita 0-800-999-AYUDA funcionó de la siguiente manera entre enero y agosto de 2004:

- Atención las 24 horas del día todos los días de la semana desde el 3 de enero hasta el 30 de abril, período en el cual se recibieron 11.086 llamadas.
- Atención entre las 8 hs. y las 20 hs. todos los días de la semana entre el 1ero. de mayo y el 31 de agosto, lapso en el que se recibieron 2.443 llamadas más (actualmente, continúa funcionando entre las 9 hs. y las 20 hs.).

A su vez, hubo un segundo *call center* que se sumó a estas actividades y que dependía de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud, conocido como “Salud Mental Responde” (de acuerdo al informe que en octubre de 2006 fue enviado por correo electrónico al despacho de la Diputada María Eugenia Estenssoro por el Dr. César Bendersky, actual director del área de Salud Mental del Ministerio de Salud).

Sin embargo, según afirmaciones de familiares de las víctimas, alguna de estas dos líneas habría terciarizado parcialmente sus tareas y en apariencias, la Dirección General de Asistencia a la Víctima no centralizaba la información recibida a través de los llamados o de los reclamos realizados ni confeccionaba registros sobre las personas que efectuaban los llamados y sus necesidades. Por el contrario, según surge de las entrevistas con familiares y sobrevivientes, los datos de las personas que se comunicaban al 0-800-999 AYUDA se volcaban en fichas en papel que luego eran trasladadas en colectivo a la sede de la Subsecretaría de Derechos Humanos, donde la información debía cagarse en los legajos electrónicos diseñados a tal efecto. Pero eso nunca sucedió, lo cual dio origen a diversos problemas y confusiones dificultando, entre otras cosas, el seguimiento de la condición de las personas que se comunicaban solicitando ayuda. Así, por ejemplo, J. D., padre de una adolescente de 15 años fallecida en “República Cromagnón”, relató que: “(...) me llamaron tres veces por teléfono para ver cómo estaba mi hija y si el tratamiento que le estaban dando era el adecuado”.

Por otro lado, en los informes proporcionados por funcionarios del PE nada se dice acerca de la formación profesional que tenían las personas que atendían las líneas gratuitas ni si habrían recibido capacitación específica para emprender este tipo de tareas. Sólo por afirmaciones en ámbitos informales se sabe que en algunos casos se trataba de psicólogos

sociales y/o trabajadores sociales, algunos de los cuales habían participado voluntariamente en el auxilio de las víctimas la noche de la tragedia. Un caso ha permitido verificar esto y es el que corresponde a Patricia Silvia Mastrángelo. Psicóloga social, Mastrángelo informó en su declaración testimonial durante la investigación realizada por la Comisión Investigadora del PL durante el año 2005 sobre este suceso, que había participado en el auxilio a los familiares y sobrevivientes del incendio los días 30 y 31 de diciembre de 2004 y que luego había sido contratada por Mara Brawer, responsable en ese entonces de la Dirección General de Asistencia a la Víctima, para trabajar en tal área atendiendo la línea 0-800-999-AYUDA.<sup>1</sup>

Por otro lado, de forma casi simultánea con la puesta en funcionamiento de la línea gratuita, el PE sancionó por medio del Decreto Nro. 4 del 3 de enero de 2005, la creación del “**Fondo de Asistencia**” para atender el reintegro de los gastos ocasionados por el sepelio de las víctimas, cuya distribución quedaba bajo dominio de la Secretaría de Acción Social. Según consta en la Resolución Nro. 265/2005, durante el año 2005 se cubrieron los gastos correspondientes a 101 personas fallecidas por un monto total de \$175.485. Posteriormente, en el mes de julio de ese año, entró en vigencia otro Decreto, el Nro. 1.100/05, por el cual se solventarían los gastos de arrendamiento de nichos y confección de jardines que debían afrontar los familiares de las 84 personas fallecidas inhumadas en los cementerios de Chacarita y Flores. Sin embargo, no se dispone aún de la información sobre el monto al que ascendió tal cobertura.

Entre tanto, con fecha del 7 de enero de 2005, el PL sancionó la Ley Nro. 1638, por la cual se establecía que el PE debía brindar a los familiares de los sobrevivientes internados los recursos necesarios para garantizar su traslado a los hospitales, el refrigerio y el alojamiento (vivienda transitoria para aquellos que vivieran a más de 30 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), hasta tanto el paciente fuera dado de alta. Se estipulaba

---

<sup>1</sup> A esta falta de capacitación específica se le puede sumar, asimismo, una carencia en una adecuada contención psicológica para estos profesionales del área. Según afirmó la Licenciada Carmen Frías, Directora actual de esta dependencia, en una reunión sostenida con la Diputada Estenssoro el 21 de noviembre de 2006, esto último les ha generado un profundo desgaste emocional, obstaculizando su tarea.

también el pago del traslado de aquellos pacientes que se encontraran bajo tratamiento ambulatorio.

Esta ley, reglamentada por Decreto Nro. 43 del 12 de enero de 2005, fue luego modificada por la ley Nro. 1695, sancionada el 12 de mayo de 2005. Entre algunas de las modificaciones implementadas, se contaban la obligación de la cobertura para familiares, pacientes con necesidad de internación y ambulatorios, independientemente del sub-sector de salud que asistiera a las víctimas y de su jurisdicción, siempre y cuando contaran con autorización previa de la en ese momento Secretaría de Salud del Gobierno, actual Ministerio de Salud. Asimismo, se determinaba la obligación de la provisión de medicamentos para los pacientes hospitalizados y los ambulatorios hasta tanto obtuvieran el alta médica y social definitiva. También se especificaba que los acompañantes de las víctimas que recibieran servicios de pago de traslados, refrigerio y alojamiento deberían ser familiares hasta el segundo grado ascendente o colateral sanguíneo, o personas que pudieran acreditar estar a cargo de la víctima. Finalmente una nueva ley, la Nro. 2036, impulsada por la Diputada Silvia Majdalani y aprobada el 13 de julio de 2006, transformó algunos artículos de la Ley Nro. 1638 ya modificados por la Ley Nro. 1695. Entre ellos se encontraba la obligación de que, en situaciones de emergencia, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires proporcionara la cobertura sin que fuera necesaria la autorización previa de la Secretaría de Salud. Asimismo, para el caso de los acompañantes de pacientes internados o ambulatorios, se agregaba el reconocimiento a concubinos/as como sujetos pasibles de recibir pago por alojamiento, refrigerio y traslado. Sin embargo, esta ley no ha sido aún reglamentada.

## **2. El “Programa de Atención a las Víctimas del 30 de Diciembre de 2004”:**

A fin de encarar de manera global la atención a la población damnificada, el PE dispuso, por medio del Decreto Nro. 67/05 sancionado el 12 de enero de 2005, la organización del “**Programa de Atención a las Víctimas del 30 de diciembre de 2004**”. Los objetivos de este programa consistían en que el Estado se ocupara de “paliar con ayuda directa las consecuencias inmediatas derivadas de la tragedia, con la convicción de que las desgracias individuales sean asumidas solidariamente”. Para ello, las acciones previstas

comprendían la asistencia social, la atención de la salud mental y física, el asesoramiento en materia de trámites y gestiones, y la ayuda económica que posibilitara cubrir los gastos directamente vinculados con lo sucedido en “República Cromagnón” y que no pudieran ser prestados en forma directa por el Gobierno de la Ciudad.

La autoridad encargada de coordinar tanto esas acciones como las áreas gubernamentales involucradas en su implementación recaía en la en ese entonces Subsecretaría de Derechos Humanos, que en ese momento dependía de la Secretaría de Gabinete y que en la actualidad posee la jerarquía de Ministerio de Derechos Humanos y Sociales.

Si bien en ninguna línea el decreto especificaba cuáles eran las áreas gubernamentales comprendidas en la asistencia ni en qué consistía concretamente tal programa, puede inducirse que en manos de esta Subsecretaría debía residir la centralización de la información sobre cada uno de los familiares de las víctimas y de los sobrevivientes, el seguimiento y la evaluación sobre la evolución de los tratamientos físicos y en materia de salud mental recibidos -aún cuando estos quedaran, obviamente, bajo la órbita de intervención del Ministerio de Salud-, la fiscalización de las atenciones brindadas por la Dirección General de Asistencia a la Víctima de la cual dependía la línea telefónica gratuita ya mencionada, y las prestaciones materiales que se llevaran a cabo.

Esta hipótesis no es fortuita ya que el artículo 2 del Decreto Nro. 67/05 encomienda directamente a la Subsecretaría de Derechos Humanos “el seguimiento de las prestaciones brindadas y de las personas asistidas”. Justamente, uno de los puntos más controversiales en lo que respecta a las acciones de intervención pública del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como luego se verá, ha sido la forma en que se llevó a cabo este seguimiento y de qué manera se consolidó la información correspondiente a cada uno de los y las damnificados.

De todas formas y en lo que respecta a las prestaciones materiales, el decreto mencionado arrojaba un poco más de claridad al establecer en su artículo 4 que “la ayuda económica prevista en el “Programa de Atención Integral a las Víctimas del 30/12” se implementa a través del Programa Nuestras Familias, creado en la órbita de la Subsecretaría

de Gestión Social y Comunitaria de la Secretaría de Desarrollo Social”.<sup>2</sup> Por tanto, se delegaba en la Secretaría de Desarrollo Social el ejercicio de las facultades para otorgar la ayuda económica indicada, dentro de la cual se consideraría luego y por Decreto Nro. 68/05, lo contemplado por la Ley Nro. 1638 y lo atinente al Decreto Nro. 4 ya citado.

Con el objetivo de garantizar el registro de las personas que solicitaban ayuda económica y un seguimiento adecuado de las mismas, el PE además aprobó la Resolución Nro. 61 el 15 de febrero de 2005. En ella se determinaba la conformación de un equipo de trabajo profesional específico que, integrándose en su tarea con grupos profesionales pertenecientes a diversas áreas, determinaría, asimismo, si la ayuda económica brindada podría ser renovada. Dentro de la misma resolución se agregaba la aprobación de un formulario denominado “Formulario de Entrevista Social” y otro llamado “Formulario de Recibo de Pago”.

El “Formulario de Entrevista Social” contenía una serie de datos típicos, que podía ser completado de forma rápida y sencilla y debía llevar la firma del profesional que hubiera realizado la entrevista. Así, consignaba el nombre y apellido del beneficiario, su DNI, domicilio, teléfono, parentesco, apellido y nombre de las víctimas, hospital, sala, situación general, demanda requerida, necesidades detectadas y las observaciones que el entrevistador o la entrevistadora creyeran importante consignar. Además, se requerían datos generales del grupo familiar del beneficiario.

En cuanto al “Formulario de Recibo de Pago”, los ítems que lo constituían también eran bastante comunes: apellido y nombre del beneficiario, número del beneficiario, número del Documento Nacional de Identidad, número de cuota y monto recibido.

Empero, ni en la resolución antedicha ni en ninguna posterior se explicitaba el monto de la ayuda económica o las condiciones y/o criterios que ameritarían acceder a ella, amén de haber estado en “República Cromagnón” esa noche, cuestión que se comprobaba, según los y las entrevistadas, por la presentación de la entrada al localailable o certificados médicos que acreditaran la atención recibida y los motivos de tal atención. En consecuencia, la transparencia de estas gestiones quedaría subsumida a la discrecionalidad de la autoridad

---

<sup>2</sup> El Programa “Nuestras Familias”, creado por Ordenanza Nro. 43.821/89, tiene por objetivo asistir económicamente a familias consideradas en riesgo social.

actuante (en primer término, la Secretaría de Desarrollo Social y el equipo de trabajo interviniente; en segundo, el área ante quien debía responder: la Subsecretaría de Derechos Humanos). De hecho aún no se sabe cuál fue el destino de estas fichas –por ejemplo si las mismas fueron volcadas en una base de datos- o qué tipo y monto de ayuda económica se brindó y a quién se le brindó expresamente en ese momento. En ese sentido, lo único que se dice en la Resolución Nro. 265/2005 es que “hasta el 31 de mayo de 2005 (...) se brindó asistencia económica en la emergencia a 1.225 grupos familiares beneficiarios por un total de \$4.122.804”. Esto promediaría \$3.365, 55 por grupo familiar.

En apariencias, esta situación habría tendido a regularizarse a partir de la firma del Decreto Nro. 692/07, por el cual se entregaría un subsidio a familiares de las víctimas y sobrevivientes. Pero esto estuvo lejos de ser así.

### **3. Los subsidios: ¿Quién es quién?**

El 27 de mayo de 2005 el PE, mediante el Decreto Nro. 692/05, creó un subsidio con el objetivo de proporcionar ayuda material directa, de carácter excepcional, a quienes hubieran sufrido la pérdida de un familiar y a quienes, habiendo sobrevivido a la tragedia, padecieran afecciones en su salud tanto física como mental. El monto del mismo ascendía a \$1.200 si la persona había fallecido, o a \$600 en el caso de aquellos sobrevivientes que padecieran secuelas físicas o mentales. El período por el cual se proporcionaría dicha ayuda era, en un principio, de siete (7) meses, esto es, entre el 1ero. de junio de 2005 y el 31 de diciembre de 2005.<sup>3</sup>

Entre quienes podían acceder al cobro del subsidio en su carácter de familiar de una persona fallecida se contaban los hijos menores de 21 años no emancipados, el cónyuge o conviviente con un mínimo de dos años de convivencia previa al fallecimiento, los hijos mayores de 21 años emancipados y el padre o la madre. Pero tanto en estos casos como en el de los y las sobrevivientes, era condición excluyente que los trámites de solicitud del

---

<sup>3</sup> Ni en este Decreto ni en los posteriores que prorrogaron el subsidio se aclararon ni las causas de esta disparidad de montos a percibir ni las razones de los períodos estipulados para la percepción del subsidio.

subsidio se iniciaran dentro de los treinta días corridos contados a partir de la fecha de publicación de este Decreto.

En tanto se establecía que la autoridad de aplicación era la Subsecretaría de Derechos Humanos, se estipulaba también que la Secretaría de Desarrollo Social debía remitirle copia certificada de las actuaciones que obraran en su poder, referidas a los subsidios ya otorgados a las víctimas del 30 de diciembre de 2004.

El Decreto Nro. 1859/05 prorrogó tal beneficio por el término de cuatro (4) meses más, comprendidos entre el 1ero. de enero de 2006 y el 30 de abril de 2006. Un nuevo decreto, el Nro. 451, con fecha del 5 de mayo de 2006, volvió a prorrogar el subsidio por el término de seis (6) meses, es decir, hasta el 30 de octubre de 2006.

Sin embargo, tanto los términos de este último decreto como los de las resoluciones que lo acompañaron, han encerrado ciertas ambigüedades.

En primer lugar, el mencionado decreto introdujo el establecimiento de una “contraprestación en cabeza de las/los beneficiarias/os para acceder al cobro del subsidio”, contraprestación que consistió en el cumplimiento de dos requisitos. El primero era, en el caso de que los beneficiarios tuvieran hijos menores de 18 años, la acreditación de la condición de escolaridad y de los controles médicos y psicológicos de los mismos. El segundo era la realización de controles periódicos tanto médicos como psicológicos de los beneficiarios adultos.

Si bien estos requisitos pueden ser atendibles, su encuadramiento bajo el rótulo de "contraprestación" dan lugar a la presunción del deslinde de la responsabilidad inherente al Estado en los acontecimientos de referencia, en tanto presupone al subsidio como una suerte de servicio que el Estado brindaría ante una fatalidad independiente del control humano y no como consecuencia, entre otros factores enteramente sociales, de las ausencias de controles que el Estado debía ejercer.<sup>4</sup>

Aún cuando la palabra “contraprestación” desapareció de las resoluciones que determinaron la aplicación del Decreto, la Resolución Nro. 71, del 10 de mayo de 2006, estipulaba que “la Subsecretaría considera necesario disponer la prórroga de todos los

---

<sup>4</sup> Es válido aclarar aquí que en la reunión sostenida por María Eugenia Estenssoro con María José Guembre y Felipe Kitzberger, Subsecretaria de Derechos Humanos y su asesor respectivamente, el día 4 de julio de 2006 en la sede del Ministerio de Derechos Humanos, la Dra. Guembe reconoció que haber colocado la palabra “contraprestación” fue un error de su parte.

subsidios otorgados por el término de dos (2) meses”, plazo en el que se deberían acreditar los requisitos antes mencionados. Con ello la prórroga abarcaba desde el 1ero. de mayo hasta el 30 de junio de 2006, esto es, cuatro meses menos de lo planteado en el Decreto.

Entre tanto, la Resolución Nro. 72 del 19 de mayo de 2006 -ampliatoria de la Resolución Nro. 71- estableció como exigencia para autorizar la continuidad del subsidio hasta el 30 de octubre de 2006 que los y las beneficiarias volvieran a presentar la documentación ya entregada anteriormente, acorde lo dispuesto en el Decreto Nro. 692/05. El plazo para esta presentación comprendía dos “oportunidades”: entre el 1ero. y el 15 de junio la primera, y entre el 1ero. y 15 de septiembre la segunda.

Los requisitos planteados en estas resoluciones carecen de fundamentos que explique las causas que los han motivado, sobre todo teniendo en cuenta que han sido contradictorios con los principios de responsabilidad y solidaridad social expresados en el propio Decreto 692/05 al desatender lo que él mismo había establecido: la situación de “vulnerabilidad, entendida esta como el desequilibrio e indefensión que experimentan los individuos en sus condiciones de vida como consecuencia del impacto provocado por algún evento traumático y que les impide continuar o retomar sus tareas habituales”. En ese sentido, entonces, estas iniciativas habrían vulnerado ellas mismas lo que se proponían –coadyuvar al proceso de recuperación integral de la población damnificada-, en la medida en que se obligó a sobrevivientes y familiares a revivir situaciones complejas contenidas en este tipo de trámites, por la incertidumbre a la que se los subsumió respecto de la continuidad del cobro del subsidio y por un presunto manto de sospecha en torno a su honestidad. Todo esto desatendió, por otro lado, las normas internacionales que aconsejan no “revictimizar” a los damnificados mediante trámites atemorizantes que les exijan a acreditar su legitimidad una y otra vez. Empero, de todos modos, estas medidas no evitaron, por ejemplo, que personas que presentaron la documentación en tiempo y forma, permanecieran durante varios meses sin cobrar el subsidio. Tal fue el caso de una de nuestras entrevistadas, M. , una mujer de 28 años que vive en la provincia de Buenos Aires, quien pudo comenzar a percibir el subsidio recién a mediados del año 2006. Pero su caso permitiría entrever, a su vez, las falencias con las que, en ocasiones, se llevó a cabo la atención psicológica de los sobrevivientes y familiares de las víctimas en los efectores de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Si bien este tema será retomado más adelante,

detenernos un momento en él permitirá develar parte de los supuestos erróneos que han atravesado los requisitos planteados en estas resoluciones y cómo el Ministerio de Derechos Humanos y Sociales no ha asumido el rol de seguimiento de la población damnificada, volcando esta responsabilidad en la propia población.

En efecto, la exigencia de la presentación de documentación que certificara la continuidad de los tratamientos habría estado sustentada en el supuesto de que los hospitales públicos brindaron la atención adecuada para esta población y que, por lo tanto, la permanencia bajo tratamiento ha dependido de la voluntad o decisión de las personas que lo requiriesen. Pero si fue así, ¿qué factores condicionaron tales decisiones? En el caso de M., el abandono del tratamiento psicológico en el Hospital Argerich (nosocomio en el que se atendió desde un principio) no estuvo basado en la mejoría de su situación sino, según sus afirmaciones, en el maltrato al que fue sometida. Según su testimonio, M. comenzó con sesiones de terapia individual en febrero de 2005 porque notaba que no podía superar los temores y la depresión que sufría como resultado de su experiencia en “República Cromagnón”. Atendida por la Licenciada Susana Garay (quien, según la entrevistada, es psicóloga integrante del Servicio de Psicopatología del Hospital Argerich), M. sostuvo que dejó de asistir cuando ésta le dijo que no estaba capacitada para criar a sus dos hijos –de diez y de ocho años cada uno en ese momento-.

Este no sería un caso aislado ya que muchos sobrevivientes han denunciado en distintas instancias (ante entrevistas con la Diputada Estenssoro, ante organizaciones de familiares y sobrevivientes, ante medios masivos de comunicación) las dificultades con las que se han encontrado a la hora de encarar los tratamientos de su salud mental. Entre ellas se pueden mencionar la lejanía de los centros de atención dispuestos respecto de los lugares de residencia, la escasa duración de cada sesión y sus permanentes interrupciones o la falta de lugares adecuados dentro de los efectores de salud para el desarrollo de la sesión.

Sin embargo, en la reunión del 4 de julio de 2006, sostenida por la Diputada María Eugenia Estenssoro con la Dra. María José Guembe, Subsecretaria de Derechos Humanos, y el Lic. Felipe Kitzberger, asesor de la Dra. Guembe, estos últimos manifestaron desconocer en detalle la asistencia en salud mental, por ejemplo, brindada en los hospitales públicos. Si bien ambos habían asumido sus funciones como colaboradores de Gabriela Cerruti cuando se produjo su nombramiento al frente del Ministerio de Derechos Humanos

y Sociales en marzo de 2006, la escasa experiencia temporal en sus cargos no debiera justificar tal ignorancia puesto que la atención de las consecuencias de la tragedia de Cromagnón es parte de una política de Estado, independientemente de los cambios de funcionarios en la gestión de la misma. Por tanto, es dable preguntarse en qué medida este Ministerio supervisó como debía el seguimiento de la población damnificada controlando y centralizando la información que las demás áreas involucradas debían entregarle y de qué manera fiscalizó el funcionamiento de las coberturas que cada una tenía bajo su responsabilidad. De haberlo hecho, lo esperable era que ante todo la información sobre los tratamientos realizados fuera proporcionada y/o demandada al Ministerio de Salud porteño, salvo en el caso de aquellas personas que hubieran sido atendidas en hospitales de la provincia de Buenos Aires (aunque esta salvedad también es relativa ya que en la Resolución Nor. 265/2005 se sostiene que tanto en las derivaciones como en lo referido a la atención médica y psicológica el PE porteño coordinaba las acciones con las direcciones y servicios de hospitales nacionales y provinciales).

Estos requisitos colocados por Decreto pondrían de manifiesto, también, que no hubo control previo por parte del PE de la evolución de las personas damnificadas a través de contactos individuales de los equipos de trabajadoras sociales o psicólogas sociales que se habían integrado en la labor de atención de la línea gratuita, dejando librado al azar el conocimiento sobre la suerte corrida por cada una de las personas damnificadas. Pero dejaría al descubierto, por otra parte, que el PE carecía de una base de datos consolidada que contara con información fehaciente sobre la situación de la población objeto de estas políticas de intervención.

Y esta no es una suposición anodina. En la reunión de julio de 2006 ya referida, María José Guembe y Felipe Kitzberger admitieron también que existían cuatro bases de datos conteniendo información sobre sobrevivientes y familiares, que había errores en cada una y duplicaciones de información, que no recibían información del Ministerio de Salud sobre el funcionamiento de los “dispositivos Cromagnón” –equipos específicos de atención psicológica para la población damnificada en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires- y que no sabían a ciencia cierta a quién se le estaba pagando el subsidio ni si las personas damnificadas estaban recibiendo otro tipo de asistencia material. En

consecuencia, es factible suponer que, ante la inexistencia de registros fidedignos de las personas que obtenían el subsidio, se pretendiera con los requisitos presentes en la Resolución Nro. 72 confeccionarlos y establecer realmente quiénes eran los beneficiarios.

**Y el problema de la información aquí es central puesto que si se carece de ella, ¿Qué tipo de seguimiento se puede llevar adelante?; ¿De qué manera el PE realiza una auto-evaluación sobre la efectividad de las medidas que implementa?; ¿Cómo se garantiza la transparencia en el uso de los recursos asistenciales propuestos para la población damnificada?; ¿A partir de qué criterios se determina la duración de un subsidio o la cobertura médica o psicológica?; ¿Cómo se detectan las necesidades de esta población?.**

Es preciso remarcar también que contar con un registro fidedigno y centralizado de los y las damnificadas y familiares de la tragedia de Cromagnón, y realizar un seguimiento pormenorizado de la evolución de los tratamientos físicos y psicológicos de los mismos es responsabilidad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y no de las personas damnificadas.

Un ejemplo concreto permite visualizar con más claridad la falta de información fehaciente sobre este punto. Acorde consta en la Resolución Nro. 265/2005, para octubre de 2005 cobraban el subsidio 1772 personas. Según las cifras anexadas a la Resolución Nro. 71 de mayo de 2006, lo percibían 1873 personas. ¿A qué se debió esta variación? Independientemente de las especulaciones posibles, estas cifras debieran quedar fuera de toda duda sobre todo habida cuenta de que el Decreto Nro 692/05, que estableció el subsidio originariamente, impediría que se sumaran personas que no hubieran comenzado el trámite de solicitud dentro de los treinta días corridos de publicada su sanción. Vale aclarar, en ese sentido, que un proyecto de ley presentado por la Diputada Majdalani a fin de que se reabriera el padrón para solicitud del subsidio, ya tiene varios meses de permanencia en la Comisión de Presupuesto del PL. Por tanto, ¿quiénes y por qué fueron sumados a la percepción del subsidio?

Pero un nuevo Decreto dio otro giro a la situación. El 8 de noviembre de 2006 el PE sancionó el Decreto Nro. 1915 por el cual se estipuló una nueva prórroga del subsidio hasta el 31 de diciembre de 2006 (si bien existe un proyecto de declaración de los Diputados Gabriela Micchetti y Martín Borrelli para extenderlo hasta el 31 de marzo de 2007, que aún no ha sido tratado por el PL). Según se dispone en el artículo 3, “La Subsecretaría de Derechos Humanos determina el monto del subsidio a otorgar según el tipo de situación que enfrente el beneficiario, de conformidad a las evaluaciones realizadas por los equipos técnicos y profesionales de la Dirección General de Asistencia a la Víctima, salvo que el beneficiario invocase y acreditase un agravamiento de la situación oportunamente evaluada”. Para afrontar tales requerimientos se asignó una suma de pesos tres millones setecientos noventa mil ochocientos (\$3.790.800). De esto se desprenden varios interrogantes:

a. Que el monto del subsidio lo asigne la Subsecretaría, ¿significaría que ya no tiene vigencia la suma de \$ 1.200 por persona fallecida y \$600 para los y las sobrevivientes que sufran las distintas secuelas? Si es así, ¿qué sumas se pueden otorgar y acorde qué criterios?

b. ¿Cuáles son los equipos técnicos y profesionales de la Dirección mencionada que ahora estarían en condiciones de hacer estas evaluaciones y por qué y cómo adquirieron esta capacidad que parecen no haberla poseído en los meses anteriores?

c. ¿Con qué mecanismos y con qué criterios se realizan estas evaluaciones?

d. ¿Se realizó algún tipo de censo para establecer la situación real del beneficiario?

e. ¿Cómo debe acreditar el beneficiario un agravamiento de la “situación oportunamente evaluada”?

f. ¿Cuándo, cómo y quién llevó adelante esa “oportuna evaluación” si en julio de 2006 no había ninguna base de datos consolidada?

g. ¿Se tomaron como base para tales evaluaciones las presentaciones que los beneficiarios debieron hacer acorde la Resolución Nro. 72 ya analizada? Si es así, ¿los beneficiarios tenían conocimiento de esto?

h. ¿Cuál es el criterio para prorrogar el subsidio dos meses y no seis o doce?

i. Y si son sólo dos meses, los cuales están comprendidos dentro del año 2006, ¿por qué “Cromagnón” figuraba como parte del Programa Nro. 19 de la Subsecretaría de Derechos Humanos en el ejercicio presupuestario del año 2007?

Por otro lado: ¿qué sucede con la gente que precisa el subsidio pero no se presentó a tiempo? ¿Hay algún tipo de política de ayuda material para ellos? N. es un joven de 19 años que vive en la provincia de Buenos Aires. Estuvo presente en “República Cromagnón” pero salió ileso del incendio. A pesar de tener la entrada en su poder, N., como muchos otros sobrevivientes, nunca quiso reclamar el subsidio. Tampoco deseó recibir atención psicológica. Sin embargo, el 1ero. de septiembre de 2006 intentó suicidarse, según comentara durante una entrevista. Por eso motivo, comenzó a asistir a sesiones con una psicóloga una vez por semana debiendo abonar \$30 por sesión, a lo cual se suma una consulta psiquiátrica semanal cuyo costo arriba a los \$ 100 por consulta. Por lo tanto, el costo total de la asistencia suma \$520. A la familia de N. le cuesta gran esfuerzo pagar esto. Empero, no puede acceder a cobrar el subsidio. ¿No sería responsabilidad del PE, entonces, realizar evaluaciones sobre el tipo y monto de la asistencia que comprendieran a todos los y las damnificados, obviando parámetros tales como el lapso de las presentaciones de los trámites? Contestando a esta pregunta, la Ministra Gabriela Cerutti sostuvo, en una reunión con la Diputada María Eugenia Estenssoro que tuvo lugar el día 21 de septiembre de 2006 que estaba planificando otorgar un subsidio final y único hacia enero del 2007. El mismo rondaría entre \$7.000 y \$10.000 para cada sobreviviente o familiar de persona fallecida, e incluiría a toda la población damnificada. Sin embargo, nada de esto se ha hecho realidad aún y tampoco la Ministra ha aclarado en esa ocasión cómo lo instrumentaría (partida presupuestaria, censo real de población damnificada, etc.).

Como puede observarse hasta aquí, entonces, la ayuda material brindada a la población contiene serias incongruencias y denota las falencias con las que se la ha llevado a la práctica. Esto, entre otras cosas, ha motivado la redacción de un pedido de informes al Ministerio de Derechos Humanos y Sociales por parte de la Diputada María Eugenia Estenssoro (aprobado en la sesión del PL del día 23 de noviembre de 2006). De todas maneras, y aunque resulte contradictorio, el subsidio pareciera ser la piedra angular de las

políticas de intervención del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ya que es el aspecto del “Programa de Atención a las Víctimas del 30 de diciembre de 2004” que ha merecido una atención mayor y continua, puesta de manifiesto en resoluciones, decretos e intentos de ordenar la información que presumiblemente existe sobre cada uno de los damnificados. Es necesario verificar, entonces, cómo el Programa ha contemplado el desarrollo de las políticas de intervención en materia de salud y si ha cumplido con lo que se proponía en ese terreno.

#### **4. La atención de la salud:**

Entre las acciones del “Programa de Atención a las Víctimas del 30 de diciembre de 2004”, se contaban las referidas a la atención médica y la atención psicológica. Estas se habrían estructurado en base a la intervención de los efectores de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires, los cuales actuarían de forma coordinada bajo la dirección del Ministerio de Salud. Este, como se recordará, debía elevar informes periódicos al Ministerio de Derechos Humanos y Sociales –siguiendo las disposiciones del Decreto Nro. 67/05-.

Según consta en la Resolución Nro. 265/2005, la **atención médica** provista por los efectores de salud de la Ciudad de Buenos Aires contemplaba la provisión gratuita de “todos los medicamentos y los insumos (tubos de oxígeno, nebulizadores, artículos de ortopedia) necesarios para los tratamientos”. A ello se sumaba el seguimiento y monitoreo del estado de salud de cada uno de los pacientes que recibieran por medio de la “verificación de la asignación del recurso solicitado a través de llamados telefónicos y seguimiento del estado de salud mediante constancias médicas y/o resúmenes de historia clínica expedidos por la institución interviniente”, de acuerdo a lo explicitado en la misma Resolución. En tercer lugar, la implementación de la atención médica contemplaba también la coordinación con la Dirección General de Hospitales de la en ese entonces Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires –actual Ministerio de Salud-, con otros organismos, a saber: los Centros de Salud Comunitaria (Ce.S.AC., Gobierno de la Ciudad

de Buenos Aires), la Dirección General Adjunta de la Atención Primaria de la Salud (perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) y las Direcciones y Servicios de Hospitales de la Ciudad, provinciales y nacionales.

Se consignaba, entonces, que para el año 2005 (y es difícil determinar a qué período específico se hace alusión en tanto en la Resolución de referencia no se expresa), habían sido 2.081 los pedidos de atención médica.

Si bien en las entrevistas realizadas con los damnificados las críticas en torno al funcionamiento de la atención médica son inusuales, se desconoce hasta el momento cuántas personas fueron atendidas desde el 30 de diciembre de 2004 hasta la actualidad, cuántas recibieron el alta médica definitiva y cuántas continúan bajo tratamiento, qué cantidad de insumos se han entregado y de qué tipo, qué clase de seguimiento se ha llevado a cabo, o en qué ha consistido la coordinación planteada entre las direcciones y servicios de los hospitales de la Ciudad, los provinciales y los nacionales. Cabe aclarar que en una entrevista realizada el 29 de mayo de 2006 al Doctor Moscona, director en ese entonces del área de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, estas preguntas le fueron formuladas. Pero adujo que, aunque había registros sobre los pacientes, no los tenía en ese momento en sus manos y que, por otro lado, no los podía mostrar porque era parte del secreto de la relación médico-paciente, además del requerido por la causa judicial. Lo que sí puede afirmarse es que para julio de 2006, esta información tampoco era de conocimiento de los funcionarios del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, quienes sostuvieron en la entrevista con la Diputada María Eugenia Estenssoro que estaban comenzando a recorrer los hospitales para acceder a ella (específicamente hicieron referencia al Hospital Posadas).

En lo que atañe a la atención de la **salud mental**, la forma en que se implementó el “Programa de Atención a las Víctimas del 30 de diciembre de 2004” adquiere ribetes de mayor complejidad debido a las dificultades presentes a la hora de dilucidar qué es lo que realmente se hizo en ese aspecto. Se comenzará por describir, entonces, cuál fue la “estructura” con la que el Gobierno de la Ciudad de Buenos diseñó y llevó a cabo su intervención en ese plano.

#### **4.1: Los “dispositivos Cromagnón”:**

A fin de facilitar el tratamiento adecuado a la población damnificada, se dispuso la creación de equipos específicos de salud mental en los efectores de salud públicos sujetos al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, conocidos como “**dispositivos Cromagnón**”. Tales dispositivos se hallaban coordinados y/o vinculados con el Equipo de Emergencia Psiquiátrica del SAME, al cual se debía acudir en casos de extrema urgencia.

Asimismo, estos dispositivos integraban una red dentro de la cual había cinco hospitales referentes, es decir, centrales para la derivación de pacientes: el Hospital Argerich, el Hospital Ramos Mejía, el Hospital Fernández, el Hospital Rivadavia y el Hospital Alvear. De todos ellos, a su vez, el “dispositivo Cromagnón” del Hospital Alvear (concentrado en el Servicio de Estrés Traumático, acorde el informe del Dr. Bendersky), a cargo del Doctor Daniel Mosca, ocupaba el lugar directriz (presumiblemente porque este es uno de los pocos hospitales en la Ciudad de Buenos Aires que cuenta con este servicio).

Desde el punto de vista de su organización y funcionamiento, estos dispositivos estaban constituidos tanto por psiquiatras como por psicólogos, y prestaban atención durante un horario ampliado respecto del funcionamiento general de los servicios de psicopatología de los nosocomios. Así, por ejemplo y según se explica en el informe del Dr. Bendersky, tanto en el hospital Argerich como en el Fernández el horario de atención para pacientes vinculados con el caso Cromagnón era de 8 hs. a 16 hs., mientras que en los hospitales Rivadavia, Ramos Mejía y el Alvear el servicio de atención se brindaba desde las 8 hs. hasta las 20 hs.

En cuanto a los recursos con los que estos dispositivos contaban para hacer frente a la atención de la población damnificada, el informe del Dr. Bendersky sostiene que se reforzaron “las plantas profesionales en el Ramos, el Rivadavia y el Alvear”, en tanto se redistribuyeron “los recursos físicos en el Argerich”.

Respecto de los mecanismos para favorecer el acceso a los servicios de salud mental de los distintos hospitales, se cubría un amplio espectro –en teoría-. En primer lugar, y

acorde el informe del Dr. Bendersky y al de la Resolución Nro. 265/2005, los servicios disponibles para la atención psicológica se difundieron a través de los medios masivos de comunicación con campañas publicitarias específicas en febrero de 2005 (en las cuales se actuó conjuntamente con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y con el Ministerio de Salud de la Nación). A ello se sumó la puesta en funcionamiento del *call center* “Salud Mental Responde”, de la Dirección de Salud Mental, al que ya se hizo referencia anteriormente. Por otro lado y de acuerdo a las afirmaciones del Dr. Daniel Mosca en una entrevista realizada en junio de 2006, también se implementó un sistema de “conscripción activa” consistente en sugerir a toda la población afectada que fuera a una consulta. Este “universo poblacional” estaba compuesto por aquellos familiares o sobrevivientes que se comunicaran con los integrantes de los “dispositivos Cromagnón” y/o con las líneas gratuitas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, o que fueran detectados por médicos –en caso de consulta clínica o internación- o personal de los servicios sociales de los diferentes hospitales.

Asimismo, el Doctor Moscona –ex funcionario del Ministerio de Salud- señaló que tanto en lo referido a la salud física como a la mental, la intervención sanitaria partía de una clasificación de la población damnificada en dos grupos. Por un lado, las víctimas directas, grupo conformado por quienes habían estado físicamente presentes en los acontecimientos de “República Cromagnón”. Por el otro, las víctimas indirectas, grupo constituido por quienes no estuvieron allí pero sufrieron de todas maneras problemas psico-físicos. Esta clasificación, no está demás señalarlo, guarda ciertas diferencias con la especificada por el Dr. Mosca quien, siguiendo el “Manual operativo sanitario para eventos con víctimas múltiples” del SAME, dividió a esta población en cuatro grupos de víctimas: primarias (las que estuvieron expuestas directamente); secundarias (familiares y/o allegados afectivos); terciarias (personas que debido a su ocupación deben responder en la asistencia de las víctimas –tales como rescatadores, personal de salud, policía-); y cuaternarias (integrantes de la comunidad afectada).

Una vez derivados a los efectores de salud correspondientes, quienes precisaran atención psicológica podían recibirla de forma individual o a través de sesiones grupales – de acuerdo al caso-, según consta en la Resolución Nro. 265/2005. Allí se consigna también que “los turnos para la consulta se otorgan de inmediato y se realiza un seguimiento de las

derivaciones efectuadas para registrar información y elaborar estrategias de intervención”. En teoría, ello daba lugar al inicio del seguimiento y monitoreo de los casos, los cuales consistían en la realización de “llamados telefónicos y/o entrevistas frecuentes –según la necesidad- para establecer la conformidad del paciente con el tratamiento, chequear su evolución y detectar sus necesidades”, acorde se explicita en la Resolución mencionada.

Las tareas de atención, coordinación y seguimiento implicaban, por otra parte, la elaboración de informes que, según afirmaciones del Dr. Moscona y de algunas médicas jefas de los “dispositivos Cromagnón”, debían ser elevados quincenalmente al Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En tales informes constaba, siguiendo los dichos de este ex funcionario, la cantidad de las altas otorgadas, la cantidad de pacientes que continuaban en tratamiento y el tipo de tratamiento seguido.

Para cerrar parcialmente esta descripción del funcionamiento que trazaba la intervención gubernamental en la atención de la salud mental, queda por aclarar que, consultados los funcionarios gubernamentales y las y los jefes de los “dispositivos Cromagnón” sobre las principales patologías y /o desórdenes presentes en la población damnificada, coincidieron mayoritariamente en señalar que las predominantes son: el estrés post traumático, los trastornos de ansiedad o síndromes depresivos (en ese orden), Asimismo, también existen grupos sintomáticos que tienen que ver con la irritabilidad, la falta de concentración y el insomnio; otros vinculados con la imposibilidad de asistir o permanecer en lugares oscuros, cerrados, abiertos, ir al colegio o a recitales nuevamente; y un tercero que se relaciona con la re-experimentación del episodio vivido.

#### **4.2. De la teoría a la práctica:**

Desentrañar cuánto de lo proyectado o sostenido en la teoría se plasmó en la realidad o, dicho de otra forma, de qué manera se llevó a la práctica, no es tarea sencilla. Esto se debe a varias cuestiones. La primera reside en la imposibilidad de acceder a registros fehacientes que den cuenta de la cantidad de pacientes atendidos hasta la actualidad, de altas otorgadas, de personas que siguen en tratamiento y sobre el o los tipos de tratamiento suministrados. Cuando se accede a informes que mencionan cifras específicamente, las mismas son confusas, contradictorias o incompletas. Así, en la

Resolución Nro. 265/2005 se sostiene que hasta el 31 de agosto del año 2005 se recibieron aproximadamente 2.304 solicitudes de **atención psicológica**. De ellas, 840 fueron derivadas al área de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires o de los municipios, en tanto 1.484 fueron atendidas por profesionales de la Dirección de Salud Mental de la “Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”.

Entre tanto, el informe del Dr. Bendersky consigna que durante todo el 2005 se atendieron en los hospitales referentes “932 pacientes, fundamentalmente sobrevivientes directos (84%), pero también sus familiares (11%) y familiares de las víctimas fatales (3%)”. En el cuadro adjunto del mismo se puede observar, por otro lado, que las derivaciones en todos los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CESAC, Centros de Salud Mental, intervención en vía pública y en la Morgue Judicial, alcanzaron un total de 1102 personas entre enero y julio de 2005. Si se suman los consignados en los hospitales referentes durante ese período (Alvear, Argerich, Fernández, Ramos Mejía y Rivadavia), se puede observar que en total estos recibieron 481 de los 1102. No se disponen de cifras posteriores a julio de ese año para saber si en ese período se sumaron más personas (lo cual permitiría develar quizá de dónde surgen los 932 de los que se hablaba en la primera parte del informe del Dr. Bendersky).

Tampoco se sabe a ciencia cierta qué sucedió a lo largo del año 2006, a excepción de la siguiente afirmación aparecida en el informe del Dr. Bendersky: “Durante el corriente año disminuyó la demanda como es esperable, dependiendo los hospitales, configurándose en algunos en el 40% del mismo período de año anterior”. Sería importante poder corroborar por qué es “esperable” que la demanda de atención psicológica disminuya. ¿Qué factores hacen que una disminución se transforme en “esperable”? ¿El paso del tiempo, el éxito de los tratamientos, la atención en centros de Salud de la Provincia de Buenos Aires o de otros lugares distintos a los servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires, la preferencia por consultas a profesionales de ámbitos privados? En todo caso, esto debiera ser claramente explicado por las autoridades correspondientes y no dejado al arbitrio de una suerte de “naturalidad” que aparentemente involucraría solamente una cuestión de lejanía temporal del momento de la tragedia. No pareciera ser este el caso, por ejemplo, de G. (un sobreviviente que vive junto a sus padres y que trabaja actualmente como taxista), quien sostuvo en una entrevista que, aún cuando quería iniciar un tratamiento psicológico, no

podía por problemas de combinación horaria con los “dispositivos Cromagnón”. La entrevista tuvo lugar en septiembre de 2006, esto es, 19 meses después de ocurrida la tragedia. En su caso, el paso del tiempo no había conducido a la “esperable” disminución de la necesidad de atención. Por el contrario, deseaba obtener atención pero no podía acceder a ella.

Tampoco puede sostenerse sin más tal descenso de demanda si se siguen con detenimiento los pedidos que aparecen en el boletín de una organización de sobrevivientes –la Organización Sin Fines de Lucro CER (Cambiar Esta Realidad)-, por ejemplo, sobre centros a los cuales dirigirse para obtener atención psicológica.

Más difícil se torna aún saber cuántas personas dejaron sus tratamientos por haber sido dadas de alta o por dificultades originadas en la prestación del servicio. En una entrevista sostenida con una psiquiatra integrante del “dispositivo” en el hospital Rivadavia el 9 de junio de 2006, ella explicaba que, de los 69 casos (víctimas directas) que constaban en los registros de atención de ese servicio (único al que se pudo acceder en un hospital), para ese momento continuaban en tratamiento 52 personas. Las otras 17 restantes habían abandonado, pero no por altas ya que –en sus palabras- “los abandonos tuvieron que ver con decisiones del paciente. No hubo altas”.

No se puede saber con exactitud hasta qué punto esta situación es representativa de lo ocurrido en el resto de los hospitales. Pero teniendo en cuenta que el Rivadavia es uno de los de referencia, este dato no deja de llamar la atención. De hecho, y acorde comentaron algunos profesionales de la salud, los abandonos de tratamiento también pueden constituir síntomas de desórdenes psicológicos. Pero para saber esto, se habría requerido un tipo de seguimiento sobre cada caso particular (los declamados llamados telefónicos que se consignan en los informes de los funcionarios del PE, por ejemplo) que aparentemente no se implementó.

En los escasos casos de alta conocidos mediante entrevistas con sobrevivientes, asimismo, la problemática no es menos conflictiva. Esto puede observarse por ejemplo, en el caso de M.V., joven sobreviviente de 21 años que reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. M. V. fue atendida en el servicio de Salud Mental del Hospital Alvear por un psiquiatra y recibió medicación. Fue dada de alta en dos oportunidades: la primera el 26 de noviembre de 2006, luego de 6 meses de tratamiento. La segunda, el 15 de febrero de 2006,

luego de recomenzado el tratamiento en octubre de 2006. Según sus palabras, ella aún posee temores a viajar en colectivo, no puede concentrarse en general ni estudiar. Qué diagnósticos originaron las altas de M. V. en ambas ocasiones es algo difícil de saber. Pero más preocupante aún es que no existan estadísticas elaboradas por el área de Salud Mental del Ministerio de Salud porteño conteniendo información sobre altas, reincidencias en tratamientos, tipo de tratamiento, seguimiento, etc., acorde lo manifestó el actual Director de la Dirección General de Salud Mental de ese Ministerio, Dr. Alberto Carlos De Lajonquiére, en una entrevista sostenida con la Diputada Estenssoro el 6 de diciembre de 2006, quien afirmó, asimismo, que el abordaje en Salud Mental en esta temática ha sido totalmente errático.

Una segunda razón que motiva las dificultades para desentrañar la correspondencia entre teoría y práctica real de la asistencia en salud mental, radica en las contradicciones emergentes entre las afirmaciones de los propios funcionarios. En la entrevista ya referida al Dr. Moscona, este aseguró que existía una tarea de coordinación entre el Ministerio de Salud y el de Derechos Humanos y Sociales, y de ambos con la red de emergencias del SAME. Más aún: el Doctor Moscona dijo que de forma conjunta estos organismos estaban elaborando un **Programa de Salud Integral** que iba a ser puesto en marcha entre agosto y septiembre próximo pasado. Para el momento de la entrevista –mayo de 2006–, este programa estaba en su fase de diagnóstico, acorde afirmó el Dr. Moscona. Se intentaba establecer: quiénes debían estar cubiertos por el programa, cuáles eran sus necesidades, dónde residían (puesto que su objetivo no era cubrir a los que vivieran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires exclusivamente). Pero este programa no sólo nunca se puso en práctica sino que, consultados los funcionarios del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales en julio de 2006, era desconocido por ellos. Tampoco poseían informes sobre el funcionamiento de los “dispositivos Cromagnón” ni sobre las coordinaciones para acciones con las áreas mencionadas por el Dr. Moscona.

Por otro lado, en lo que respecta a los informes que, según este último, el Ministerio de Salud recibía cada quince días consignando el estado de los pacientes, las altas y tratamientos recibidos, también surgieron algunas incongruencias. Una psiquiatra integrante

del “dispositivo Cromagnón” del hospital Penna, comentó en una entrevista realizada en junio de 2006, que no le era posible enviar estos registros puesto que carecía de tiempo para confeccionarlos lo cual se debía, a su vez, a que no contaba con personal suficiente, ni siquiera en el área administrativa. De tal suerte, la Doctora realizaba tareas que excedían su obligación profesional: atendía el teléfono, las preguntas de las personas que estaban en la sala de espera y los llamados a la puerta. Y según ella, estas condiciones de trabajo, que fueron observadas el día de la entrevista, eran las cotidianas.

Esto pareciera contradecir también las afirmaciones vertidas en la Resolución Nro. 265/2005 respecto del refuerzo de recursos profesionales de los dispositivos de los hospitales Alvear, Ramos Mejía y Rivadavia. En el caso de este último, la médica psiquiátrica del Rivadavia explicó que el armado del dispositivo se hizo mediante suplencias de guardia de 24 hs. Se trataba entonces de profesionales de planta que cubrían 6 horas por semana atendiendo en el dispositivo. Esto significaba concretamente un intercambio horas de guardia y no un aumento en las contrataciones de personal. Así funcionaban y de esa forma cobraban tanto el psiquiatra como las cinco psicólogas que formaban parte del dispositivo. En tal sentido, la psiquiatra del Penna agregó que no hubo un aumento de personal sino reasignaciones, y que lo único que se aumentó fue la partida de medicamentos recibidos para los pacientes de Cromagnón. Pero otra pregunta se desprende de este escenario: ¿qué formación específica tenían los profesionales que atendían los casos vinculados a “República Cromagnón” en lo que refiere al tratamiento de personas que experimentaron eventos disruptivos o catastróficos?

Acorde a varios sobrevivientes y familiares de las víctimas, la carencia de profesionales con una preparación idónea para el abordaje de este tipo de problemáticas habría sido uno de los inconvenientes en la atención brindada. Esto fue también refrendado por el Dr. Roberto Sivak, coordinador del Grupo Estrés y Trauma del Hospital Alvarez, en una reunión sostenida con el Ministro de Salud Dr. De Micheli el día 20 de noviembre de 2006. Es ilustrativo, en ese sentido, recordar que la causa por la que la joven sobreviviente M. abandonara el tratamiento psicológico fue la afirmación de la Lic. Susana Garay sobre la incapacidad de M. para ejercer la crianza de sus hijos –acorde sostuvo la propia

damnificada-. Cuál era entonces la capacidad de la Lic. Garay para atender este tipo de casos se transforma en una pregunta inevitable.

A esto se agregan otras deficiencias más, según los y las entrevistadas. La primera que se puede mencionar es el trabajo *ad honorem* de muchos profesionales abocados a esta tarea. Según lo expresara el Dr. Sivak en la reunión ya mencionada, él está a cargo de un grupo constituido por 12 profesionales a los que fue capacitando a lo largo de todo este tiempo. Sin embargo, ninguno de ellos cobra un salario, lo cual también pone en evidencia que el reforzamiento de los recursos de los que hablaba el informe del Dr. Bendersky fue exiguo. Pero, por otro lado, conduce a interrogarse cómo puede sostenerse una atención de largo aliento con profesionales que no cobran. Entonces, ¿qué compromiso real asume el Estado con la reinserción de la población damnificada a una vida social activa si los profesionales que pueden coadyuvar en este proceso realizan un trabajo que no está remunerado?

En segundo lugar, otras carencias se encuentran en lo referido a la calidad y duración temporal de cada sesión. En ocasiones, las mismas se habrían llevado a cabo en espacios poco propicios dentro de los hospitales, con interrupciones permanentes y con una duración que oscilaba entre los 10 y 20 minutos de terapia, según manifestaran algunos sobrevivientes.

Finalmente, algunas críticas se enfocaron en las altas prematuras otorgadas, en el insuficiente seguimiento por parte de los centros de atención de salud mental sobre los casos una vez dada el alta o ante al abandono del tratamiento por parte de un paciente, y la ausencia de una red o sistema de coordinación real entre los efectores de salud de la Ciudad de Buenos Aires, Nación y Provincia de Buenos Aires abocados a la atención de la población damnificada.

Estas deficiencias habrían sido causantes de la imposibilidad para muchos/as damnificados/as y familiares de acceder a la atención psicológica adecuada, poniendo en serios riesgos las posibilidades de una recuperación integral. Pero a estas carencias debe sumarse la inexistencia de una base de datos confeccionada por el Ministerio de Salud que contenga información sólida sobre los tratamientos psicológicos y la evolución de la

condición de las personas que los han recibido, según lo expresara el Dr. De Lajonquiére en la reunión con la Diputada Estenssoro el 6 de diciembre de 2006.

No está demás recordar aquí las sugerencias vertidas por el Doctor Moty Benyakar, especialista internacional en el tratamiento de eventos disruptivos y asesor del Gobierno Nacional en esta problemática:

- la atención brindada en los primeros meses de acontecida una tragedia de estas dimensiones es central para lograr la reinserción de la población damnificada a una vida social plena y activa, evitando se enquisten, a la vez, en una condición de víctima.
- la construcción de una base de datos seria, esto es, que contenga información fehaciente sobre cada una de las personas damnificadas es una herramienta medular para el diseño de una política de intervención fructífera, que permitiría desarrollar, además, un seguimiento profundo sobre la evolución de cada caso.
- el lapso mínimo para prestar una atención integral es de tres años (es alarmante pensar que pasaron ya casi dos años y los objetivos del “Programa de Atención a las Víctimas del 30 de diciembre” parezcan aún tan lejano).

A fin de recabar mayor información sobre esta temática, entonces, la Diputada María Eugenia Estenssoro ha redactado un pedido de informes al Ministerio de Salud. El mismo ha sido aprobado por el PL en sesión del 9 de noviembre de 2006.

## **5. “Acciones hacia la reinserción social de las personas”.**

Bajo este título se da inicio, en la Resolución Nro. 265/2005, a la explicación sobre las acciones de reintegración social emprendidas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Tales acciones se centraron en tres ejes:

- a- Trabajo, cuestión que comprende la provisión de capacitación laboral, subsidios y créditos para microemprendimientos, convenios con empresas privadas, inserción en el empleo público, entre otros.
- b- Educación, comprendida en el plan adultos 2000; educación no formal, programas de alfabetización y apoyo escolar, etc.

- c- Cultura, rubro que contiene el desarrollo de actividades culturales, talleres, cursos, etc.

Más allá de esta enunciación, no consta en este texto ninguna descripción que permita saber qué fue lo que realmente se hizo en este aspecto. No aparecen datos cuantitativos ni análisis cualitativos sobre la implementación de esta política. Tampoco se sabe qué áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires han estado comprometidas en la misma. Menos aún con qué criterios y de qué manera la población puede acceder a esta clase de asistencia. Empero, varias denuncias han dado cuenta también de las irregularidades con que se han manejado estos recursos. Un ejemplo de ello se encuentra en una decisión tan poco razonable como fue la de proveerle trabajo a un sobreviviente de “República Cromagnón” en el proyectado Museo de la ESMA, cuyas recorridas por sus siniestros pabellones le produjeron adicionales trastornos emocionales. Otro puede hallarse en la promesa personal efectuada por funcionarios del Gobierno porteño de entregar adelantos de dinero a sobrevivientes para la compra de inmuebles, según comentaron algunas personas entrevistadas.

La transparencia en la gestión de estos recursos es un elemento nodal para garantizar la equidad en su distribución y la misma no existe si tal gestión queda sujeta a la “voluntad” personal de los funcionarios de gobierno. Si no es así se corre el riesgo, por otro lado, de que estos recursos pasen a constituir “beneficios” y abandonen su sentido original: acciones que el Estado implementa para coadyuvar a la reinserción de la población damnificada. Pero a su vez, se logra que operen como un factor de disputa entre la población damnificada, entre los que “sí recibieron” y los que “no recibieron” esta asistencia adicional.

## **6. Un nuevo programa. ¿Una nueva oportunidad?:**

Según lo expuesto hasta hora, el “Programa de Atención a las Víctimas del 30 de diciembre de 2004” ha evidenciado varias irregularidades en su implementación que pueden observarse en cuestiones tales como:

- Carencia de una base de datos confeccionada por el Poder Ejecutivo que contenga un registro fehaciente de la población damnificada y que permita evaluar la evolución de su condición y los resultados del Programa.
- Carencia de registros fidedignos en el Ministerio de Salud sobre las personas que fueron atendidas en su salud física y mental en los distintos efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los tratamientos recibidos, y el seguimiento de la evolución de la población que ha recibido atención.
- Falta de coordinación e interacción entre los distintos Ministerios involucrados en la puesta en funcionamiento del programa, tales como el Ministerio de Derechos Humanos y Sociales y el de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ausencia de coordinación entre el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Gobierno Nacional y el de la Provincia de Buenos Aires para la atención de la población damnificada.
- Deficiencias en la prestación del servicio de atención de la salud mental en los hospitales y restantes efectores de salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Entrega discrecional de créditos hipotecarios del Instituto de la Vivienda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de créditos para micro-emprendimientos y de puestos laborales en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Todo esto ha motivado la presentación de dos pedidos de informes a los Ministerios de Salud y de Derechos Humanos y Sociales por parte de la Diputada Estenssoro, que fueron aprobados en sesión del Poder Legislativo el 9 de noviembre de 2006 y el 23 de noviembre de 2006, respectivamente.

Si bien aún no se ha obtenido respuesta a estos pedidos de informes, cuyo plazo vence a los treinta (30) días de su aprobación, es posible suponer que los reclamos efectuados mediante entrevistas con los funcionarios de los organismos pertinentes, más las demandas permanentes de las organizaciones de familiares y de sobrevivientes, han obligado al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a sancionar un nuevo decreto el 7 de diciembre de 2006. Este Decreto, cuyo número es el 2.120/06, tiene por objetivo la creación de un nuevo programa: el **“Programa de Atención a los Damnificados de la Tragedia Cromañón”**.

Entre sus fundamentos, este Decreto, que deja sin efecto el “Programa de Atención a las Víctimas del 30 de Diciembre”, expresa “a los fines de coadyuvar en el proceso de recuperación integral de las personas afectadas, resulta pertinente implementar una política pública que abarque los múltiples aspectos derivados de los hechos, considerando el bienestar de los familiares y sobrevivientes; su reinserción en actividades laborales, educativas y recreativas; la respuesta frente a casos de especial gravedad; el impulso de espacios de reflexión; el debate acerca de una política de memoria y la promoción de reformas institucionales y campañas educativas”.

En segundo lugar, reconoce que “resulta prioritario el diseño e implementación de una herramienta de relevamiento de datos que permita determinar cuál es la situación actual de los destinatarios, tomando en consideración las necesidades diferenciadas de cada uno de ellos”.

En tercer lugar, la autoridad de aplicación recae nuevamente en el Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, requiriéndose asimismo “la colaboración de otros Ministerios de este Gobierno, a fin de optimizar las prestaciones previstas” y facultando al primero a realizar convenios con otras jurisdicciones que participen en la asistencia a las “víctimas del 30 de diciembre de 2004”.

Finalmente, se instituyen dos nuevas figuras cuya función sería central en el diseño e implementación de las medidas de este nuevo Programa. Por un lado, aparece el **coordinador**, designado por el Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, que tendrá a su cargo acciones tales como: el diseño e implementación de un relevamiento que establezca la situación actual de la población damnificada; la recepción de requerimientos, la derivación y el monitoreo personalizado de los casos; la elaboración de un plan que contemple acciones y recursos para afrontar casos particulares y excepcionales de extrema vulnerabilidad; el desarrollo de medidas destinadas a contribuir a la inserción de los afectados en el sistema educativo y en el mercado laboral; entre otras funciones.

Por el otro, se crea una **mesa de enlace** “conformada por funcionarios con rango no menor a Director General, designados por los Ministros de Gobierno, Educación, Salud y Espacio Público”. Bajo su responsabilidad se coloca la implementación de medidas relacionadas con la asistencia permanente de las afecciones físicas, que comprenderá el tratamiento médico y la realización de controles periódicos; la asistencia para atención de la

salud mental; la elaboración de políticas educativas y de prevención de catástrofes, que incluirá “la incorporación del tema en los planes de estudio o en espacios específicos; y la tramitación de convenios con universidades e institutos educativos para la creación de carreras o tecnicaturas relacionadas con la prevención y acción frente a emergencias”.

A su vez, se estipula que la Mesa de Enlace y el Coordinador deberán reunirse al menos una vez cada quince (15) días.

Con estas nuevas especificidades en las herramientas de intervención planteadas, la creación de figuras responsables de su implementación, la designación de funciones y el reconocimiento de la necesidad de relevar la situación actual de la población damnificada, este programa pareciera intentar corregir los errores cometidos en la implementación del programa anterior. Sin embargo, no se puede dejar de señalar que la principal dificultad en el pasado fue la inconsistencia entre lo escrito y dicho y lo hecho. El problema no fue que el Estado careciera de herramientas para la intervención o que no hubiera diseñado políticas acordes, sino que no las puso en práctica como correspondía. Un ejemplo de ello radica en el relevamiento de la población damnificada. Que se reconozca en este programa la necesidad de realizarlo indica que en los dos años transcurridos desde la tragedia, esto no se hizo, aunque se afirmó que se haría en decretos anteriores. Y tal deficiencia no se ha debido a una falta de conocimiento o recursos. El Ministerio del Interior de la Nación desarrolló con colaboración internacional un software, fundamental en la atención post-catástrofes, para coordinar los servicios brindados por distintas áreas de gobierno y monitorear la evolución de cada damnificado. Pero esta herramienta no ha sido utilizada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ni esta jurisdicción ha suministrado información a la Nación para que la base de datos pueda estar completa.

Por eso y aún cuando este nuevo programa supera al anterior en su diseño, sólo será una nueva oportunidad para lograr la reinserción integral de la población damnificada en la medida en que se desvanezca el umbral entre lo que se promete y lo que se pone en práctica.

## **7. Consideraciones finales:**

La tragedia de Cromagnón dejó un saldo de 194 personas fallecidas, según los registros oficiales. La magnitud del número de personas heridas, física y psicológicamente, aún se desconoce. Justamente esta ignorancia surge por la falta de registros oficiales sobre el impacto que esta tragedia tuvo en la comunidad. Pero no sería real adjudicar esta carencia a la inoperancia del Estado frente al impacto social de un acontecimiento de estas características, sino más bien a la escasa eficiencia con la que operó, en algunas ocasiones, y la superficialidad con la que los funcionarios abordaron el problema, en otras. En otras palabras: el Estado actuó, el problema fue cómo.

Si se repasan las acciones descritas en esta evaluación, rápidamente puede observarse que se creó un programa específico, el “Programa de Atención las Víctimas del 30 de Diciembre”, que se distribuyeron las responsabilidades de su ejecución entre diversos ámbitos del PE, que se establecieron instancias de coordinación y se efectivizó cierta cantidad de recursos humanos y materiales para asistir a la población damnificada. No hubo vacío legal, asimismo, para el encuadre de todas estas acciones. Por el contrario, resoluciones, decretos y leyes enmarcaron muchas de ellas.

Empero, hasta actualidad, la distancia entre la letra escrita y la práctica concreta ha sido enorme. Así, la coordinación planteada entre los Ministerios de Salud y de Derechos Humanos y Sociales, por ejemplo, ha sido prácticamente inexistente. Menos aún la proclamada entre las áreas específicas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el de la Provincia de Buenos Aires, y el de Nación. Pareciera incluso que ni siquiera ha habido acumulación de experiencia en los propios Ministerios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires puesto que cada vez que se produjo la remoción de algunos de sus funcionarios centrales, la atención de la población de Cromagnón volvió a foja cero. Un ejemplo de ello es el caso del Ministerio de Salud donde recién en la reunión del 20 de noviembre de 2006 el Ministro De Michelli sostuvo que iba a confeccionar los registros correspondientes a las personas que hubieran recibido atención de su salud mental para poder realizar un seguimiento personalizado, cuando en teoría esto ya se había hecho.

Similar situación se evidencia en otras cuestiones: se crearon los “dispositivos Cromagnón” pero se los dotó a medias con la infraestructura necesaria para su

funcionamiento (amén de que evidentemente y fruto de años de políticas de desinversión en la salud pública, los hospitales y efectores de salud de la Ciudad de Buenos Aires no cuentan con la infraestructura necesaria para atender seriamente a la población en ningún caso, cuestión que la tragedia de Cromagnón vino a amplificar a grado sumo). Se estableció que estos dispositivos debían coordinar sus acciones entre sí y con el Ministerio de Salud, pero lo que primó fue la ausencia de tal coordinación. Se pretendió confeccionar una base de datos con registro de cada uno de los damnificados, pero se terminaron armando cuatro con información errónea. ¿Qué razón se puede esgrimir para ello, cuando desde un principio el propio PE confeccionó fichas para tomar los datos de cada persona que se acercaba solicitando ayuda como damnificada? ¿Cómo puede carecerse de un seguimiento serio hasta la actualidad si se dispone de una Dirección General de Asistencia a la Víctima que debiera tener esas fichas en su poder?

Por tanto, no se puede concluir que no había herramientas de intervención ni ideas en cuanto a qué hacer frente a esta tragedia. Lo que no hubo, en todo caso, fue consistencia entre ellas y su puesta en práctica. De tal suerte, entonces, la mayoría de las acciones quedaron circunscriptas al corto plazo, donde el nivel de reacción gubernamental ante los reclamos de la población damnificada fue y es subsumido a la capacidad de presión colectiva o individual que se pueda ejercer, o a la voluntad personal del funcionario de turno. No es para sorprenderse, entonces, que la situación de muchas personas haya empeorado y que muchas se encuentren “enquistadas” en una condición de víctima: cómo dejar de serlo cuando la atención física y mental ha sido tan deficiente, cuando la política de subsidios se recreó a sí misma con más eficacia que programas de empleo que contuvieran a la población que sí está en condiciones de trabajar y desea hacerlo (aún cuando sucedan cuestiones tan lamentables como que el Estado deba recurrir a la bolsa de empleo de la AMIA porque parece carecer de una propia), y cuando el Estado ni siquiera sabe a ciencia cierta cuál es el universo real de la población damnificada.

Esperamos entonces, que la implementación de este nuevo “Programa de Atención a los Damnificados de la Tragedia Cromagnón” corrija seriamente estas deficiencias y evite que las intenciones de lograr la reinserción de la población damnificada a una vida social activa queden subsumidas a actos declamativos, es decir, queden sólo en eso: en intenciones.