



**COMISIÓN ESPECIAL  
DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN  
DE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA  
LEY N° 448 DE SALUD MENTAL**

Informe Septiembre 2011

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



**COMISIÓN ESPECIAL  
DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN  
PARA EL CUMPLIMIENTO  
DE LA LEY N° 448  
DE SALUD MENTAL**

Informe de Septiembre de 2011



**COMISION ESPECIAL DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION  
PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA  
LEY N° 448 DE SALUD MENTAL**

Presidenta

Dip. María Elena Naddeo

Vocales

Dip. Jorge Selser

Dip. Diana Mafia

Dip. Mateo Romeo

Dip. Ezequiel Fernández Langan

Dip. Lidia Saya

Dip. María Eugenia Rodríguez

Director

Silvio Bodnar



## INDICE

INFORME 2011	7
Introducción	7
Antecedentes	7
Conducción del área de Salud Mental	7
Diagnóstico de Situación del Área de Salud Mental	8
Plan de Salud Mental	8
Dispositivos para la externación asistida	9
Transferencia de funciones desde el Ministerio de Salud hacia el de Desarrollo Social	9
Efectores	9
Casas de Medio Camino	9
Hospital Carolina Tobar García	10
Hospital Braulio Moyano	10
Hospital José T. Borda	10
Centro La Otra Base del Encuentro	10
Centro de Salud Mental N° 3, Dr. Arturo Ameghino	11
Recursos Humanos	11
Salas de internación de Salud Mental en Hospitales Generales	12
Propuestas elaboradas por la Comisión Especial de Salud Mental para el Presupuesto 2011	12
Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental	12
Actividades de la Comisión	14
Acciones de solidaridad y apoyo con los padres de pacientes del Servicio de Terapia asistida con animales en Parque Roca	14
Acciones de solidaridad y apoyo a un agente amenazado y agredido	14
Acciones por el reconocimiento profesional e institucional al Frente de Artistas del Hospital Borda	14
Jornadas: “Adicciones: ¿En qué Estado?” dip. Jorge Selser	15
Encuentro consultivo: Programas de la Dirección General de Salud Mental	16
Encuentro consultivo: Dispositivos de externación asistida	18
Primeras Jornadas “Legislación en Salud Mental. Un nuevo paradigma: Leyes 448 y 26657” Convocadas por la Mesa Intersectorial y la Comisión Especial	19
Conclusiones	22
Propuestas	23
ANEXO DOCUMENTAL	25
Resolución 258/2006	25
Resolución N° 387/2010	25
Expediente 1772-D-2010 37	26
Documento liminar de la Mesa Intersectorial de Salud Mental	28
Versión taquigráfica del Encuentro Consultivo sobre el Programa de Externación Asistida para la Integración Social	29
Síntesis de las Jornadas del 11 y 12 de Abril de 2011 convocadas por la Comisión especial y la Mesa Intersectorial Permanente de Salud Mental	47
Versión taquigráfica Comisión de Presupuesto: párrafos correspondientes a la intervención de la Dip. María Elena Naddeo en relación con Salud Mental	56
Decreto N.° 647/2010	61
Resolución: 3098-D-2010	63
Declaración: 1741-D-2010	64
Informe de la Gestión Realizada por parte del Equipo Técnico de la Dirección General de Salud Mental acorde a la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657	64





# **COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY N° 448 DE SALUD MENTAL**

## **INFORME 2011**

### **INTRODUCCIÓN:**

El presente es el cuarto informe presentado por la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el Cumplimiento de la Ley N° 448 desde su creación y el segundo de la misma con su actual conformación, habiendo presentado el primero en agosto de 2010.

Hubo una novedad importante en este tiempo, aunque no relacionada directamente con el Poder Ejecutivo de la Ciudad: la promulgación de la Ley de Salud Mental de la Nación, N° 26657. La misma habiendo sido votada en el Congreso de la Nación por unanimidad, guarda una amplia coincidencia ideológica con la 448 de la C.A.B.A., y avanza en varios aspectos de suma importancia.

La Ley Nacional incorpora explícitamente en el campo de Salud mental el tema de las adicciones. Redefine el rol de la Justicia planteando el fin de las internaciones judiciales, otorgándole un rol de control en las internaciones involuntarias. Se le otorga el primer nivel de intervención a los equipos interdisciplinarios. Otra cuestión digna de destacar con respecto a la Ley nacional es la presupuestaria. Explicita que en tres años, el presupuesto de Salud Mental no puede ser menor al 10% del de Salud.

Coherentes con sus prácticas habituales, se han opuesto a su promulgación los mismos sectores corporativos que trabajaron y trabajan activamente en contra de la Ley de la C.A.B.A., aunque manifiesten ahora que a esta la respetan y defienden. No debe olvidarse que, entre otras actividades, los sectores mencionados han hecho presentaciones ante la justicia para intentar que la misma sea declarada inconstitucional en el año 2004. Son los mismos sectores hoy hablan de la “inaplicabilidad” de la Ley Nacional, aunque han sido superados en los debates realizados hacia la reglamentación definitiva.

### **ANTECEDENTES:**

La Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el Cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental fue creada por Resolución N° 258-VPSP-2006 y tiene la misión de monitorear y evaluar el desarrollo y puesta en práctica de las políticas públicas en Salud Mental, en el contexto de la aplicación de la Ley N° 448.

En el tiempo que medió entre el último informe y el actual, la Comisión sufrió una modificación en su conformación, producto del doloroso fallecimiento del Diputado Gerardo Ingaramo, del bloque PRO, siendo reemplazado por quien asumiera a partir de ese desgraciado suceso, el Diputado Ezequiel Fernández Langan, que participó de la primera reunión a la que fue convocado. Posteriormente los diputados del oficialismo no participaron de las reuniones citadas por la comisión, siendo su funcionamiento sostenido por los cuatro legisladores de los bloques opositores que completan su conformación.

### **CONDUCCIÓN DEL ÁREA DE SALUD MENTAL:**

En agosto del 2010 esta Comisión planteó como auspicioso el cambio de jerarquía de la Dirección de Salud Mental como autoridad de aplicación de la Ley N° 448 en la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la C.A.B.A., dejando de ser Dirección General Adjunta (una de las primeras medidas adoptadas por el Ministro, Dr. Jorge Lemus) para pasar a ser la Dirección General de Salud Mental, reivindicación que desde el inicio de la gestión del Gobierno del Ing. Mauricio Macri habían expresado todos los trabajadores del sistema.

Eso, sumado a la separación de su cargo del anterior Director General Adjunto de Salud Mental, Dr. Gregorio Alcain, cuya gestión fue evaluada como francamente retrógrada para los intereses del sector.

En este contexto se produjo la designación, como Director General, del Dr. Juan Garralda, cuyo discurso resultaba coincidente con los intereses del área, y más proclive a cumplir con la Ley N° 448 que su ante-

cesor. Hasta la fecha, sin embargo, no hemos podido comprobar cambios de fondo en lo que respecta a las políticas aplicadas por el Poder Ejecutivo para el cumplimiento de la Ley.

En los tiempos de la conclusión de la redacción de este informe se produjo una nueva modificación en cuanto a la autoridad de la D.G.S.M., ya que desde el Ministerio de Salud de la Ciudad se solicitó la renuncia al Dr. Juan Garralda, siendo su reemplazante propuesta la Dra. Maria Grosso, integrante del Centro de Salud N° 3, Dr. Arturo Ameghino, de cuyos antecedentes y gestión daremos cuenta en el próximo informe. Advertimos, no obstante, la preocupación de las Asociaciones Profesionales de diversos efectores de Salud Mental, por las impugnaciones a concursos que realizara la Dra. Grosso, fundamentando su presentación en que los cargos de conducción para los que eran llamados los concursos en cuestión debían ser sólo para médicos, contradiciendo el artículo 12, inciso "L" de la Ley 448. También advertimos que la primera comunicación de la profesional y nueva Directora General ha sido la suspensión de la reunión del Consejo General de Salud Mental, ámbito sin duda propicio para presentar sus propuestas para el área.

### **DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DEL ÁREA DE SALUD MENTAL:**

La situación en el sector estatal de la Salud Mental de la ciudad debe enmarcarse en la crisis general del sistema de salud y las políticas públicas de las áreas sociales. Detectamos una fuerte tendencia a la terciarización de los servicios, y a la precarización de las condiciones laborales, lo cual marca un proceso de desarticulación y pérdida de capacidad técnica de los servicios estatales así como la existencia de nuevos obstáculos en la accesibilidad de la población y a la atención directa al ejercicio de sus derechos. Todo esto se refleja en la merma de la cantidad de prestaciones.

Vaya, para visualizar más claramente lo expuesto, el siguiente cuadro comparativo de las prestaciones realizadas en diferentes, áreas y rubros en los años 2006, 2009 y 2010:

		<b>2006</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Diferencia</b>	<b>%</b>
<b>Psicoterapia</b>	<b>Individual</b>	<b>550036</b>	474189	<b>496869</b>	<b>-53167</b>	<b>-9,66</b>
	<b>Grupal</b>	<b>24574</b>	15831	<b>26624</b>	<b>2050</b>	<b>8,34</b>
	<b>Familiar</b>	<b>61451</b>	54954	<b>52156</b>	<b>-9295</b>	<b>-15,12</b>
<b>Psicoprofilaxis</b>	<b>Individual</b>	<b>43070</b>	33018	<b>36212</b>	<b>-6858</b>	<b>-15,92</b>
	<b>Familiar</b>	<b>12831</b>	11881	<b>13047</b>	<b>216</b>	<b>1,68</b>
<b>Terapia Ocupacional</b>	<b>Individual</b>	<b>27013</b>	23364	<b>24990</b>	<b>-2023</b>	<b>-7,48</b>
	<b>Grupal</b>	<b>22980</b>	12988	<b>15421</b>	<b>-7559</b>	<b>-32,89</b>
<b>Musicoterapia</b>	<b>Individual</b>	<b>15666</b>	9015	<b>9823</b>	<b>-5843</b>	<b>-37,29</b>
	<b>Grupal</b>	<b>9058</b>	4082	<b>4946</b>	<b>-4112</b>	<b>-54,6</b>
<b>TOTALES</b>		<b>772336</b>	<b>644838</b>	<b>688075</b>	<b>-86591</b>	<b>-11,21</b>

### **PLAN DE SALUD MENTAL:**

La Dirección General de Salud Mental del G.C.A.B.A. continúa sin tener un plan para la Ciudad de Buenos Aires, pese a que la Ley N° 448 establece que el mismo debe confeccionarse cada cuatro años, siendo la responsable de elaborarlo y aplicarlo la autoridad de aplicación, es decir, la D.G.S.M.

Al requerírsele al Ministro de Salud, Dr. Jorge Lemus, acerca de un plan de Salud Mental de la C.A.B.A. en su

visita a la Legislatura el 6 de abril de 2010, contestó que el existente era el plan diseñado y aprobado durante la gestión del Dr. Ricardo Soriano en el año 2004 y prorrogado oportunamente (ver la versión taquigráfica del 6/4/10, Comisión de Salud), sin que se haya publicado hasta el momento el o los actos administrativos correspondientes, ni se pusieran en debate las propuestas de actualización pertinentes.

• **DISPOSITIVOS PARA LA EXTERNACIÓN ASISTIDA:**

Salvo la “Casa Gorriti”, cita en el Barrio de Palermo, que se restauró y puso en funcionamiento, no se han implementado nuevos dispositivos que permitan la externación asistida.

Después de intensos reclamos se ha llamado a licitación y se ha puesto en marcha la refacción de la casa de medio camino dependiente del Hospital de Noche del Hospital Borda en el barrio de Caballito, sobre la Av. Juan B. Alberdi, en estado edilicio lamentable desde hace varios años.

• **TRANSFERENCIA DE FUNCIONES DESDE EL MINISTERIO DE SALUD HACIA EL DE DESARROLLO SOCIAL:**

Hemos observado, desde una perspectiva crítica, la transferencia de funciones desde el área de Salud al de Desarrollo Social en la temática de adicciones sin la debida articulación entre las áreas.

Sólo han quedado para los Hospitales públicos, los tres Centros que históricamente les pertenecían: los centros “Carlos Gardel”, “La Otra Base del Encuentro” y “Biedak”, dependientes de las áreas programáticas de los Hospitales Ramos Mejía, Piñero y Penna, respectivamente.

En este proceso, el Ministerio de Desarrollo Social organizó una Dirección General de Asistencia en Adicciones, integrada centralmente por la Casa Puerto, la Casa Faro, la Casa Joven y una red de comunidades terapéuticas de carácter privado. De este modo se ha consolidado un área de fuerte concentración de servicios privados, reproduciendo un modelo de atención con internación directa tradicional y en contradicción muchas veces con el paradigma impulsado por la legislación vigente tanto a nivel local como nacional. La supervisión periódica sobre estas instituciones ha sido sumamente compleja y fragmentada. No sólo se privatizan sectores que le son inherentes sino que Salud, a través de la Dirección que le compete (D.G.S.M) desconoce su funcionamiento.

Paralelamente, a través del Decreto N° 647/10, publicado en el Boletín Oficial N° 3488 el Poder Ejecutivo ha transferido desde el Ministerio de Desarrollo Social a la del de Salud doce instituciones privadas que se ocupan de problemáticas de Discapacidad y Salud Mental, lo que seguramente redundará en el mejor seguimiento de sus pacientes por parte de la D.G.S.M.

• **EFFECTORES:**

**Casas de Medio Camino:**

Por un lado, durante este período se ha comenzado a refaccionar la casa de medio camino ya mencionada, dependiente del Hospital Borda, y se ha procedido a la organización y puesta en funcionamiento de la Residencia protegida de la calle Gorriti.

Por el otro, varias de las tareas emprendidas con muchísimo grado de dificultad y demora por el Ministerio de Salud tienen su punto de partida en las sentencias judiciales referidas a las obras suspendidas en los Hospitales Monovalentes de Salud Mental (Borda, Moyano y Tobar García) y guardan relación con las luchas que en ellas llevaron adelante sus trabajadores para que las mismas lleguen por fin hasta su terminación, especialmente en el Tobar García, cosa que hasta el momento no ha sucedido y nada indica que en lo que resta de la presente gestión vaya a suceder.

En ese marco cabe mencionar la resolución N° 387/2010 de esta Legislatura, por la cual, a partir de un proyecto de autoría de la Presidenta de esta Comisión de Seguimiento, se realizó un pedido de informes sobre la Casa de Medio Camino que, dependiente del Hospital Borda, funciona en la Av. Juan Bautista Alberdi. El mismo (expediente 1772-D-2010) produjo la siguiente respuesta: Dicho dispositivo funciona desde que la propiedad fuera entregada al citado Hospital el día 15/10/2001, según consta en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 1206, en el que figura el acta de entrega. Su recurso profesional es el mismo que el que asiste el Hospital de Noche de dicha institución, consistente en 3 profesionales

rentados (1 Sociólogo y 2 Psicólogos). El resto no corresponde a la planta, completándose con 2 psicólogos adscriptos del Ministerio de Educación y 1 profesor de expresión corporal ad honorem. Desde hace 6 años se tramita el nombramiento de los 2 adscriptos, o la adscripción definitiva, sin éxito. No se prevén concursos ni selección para estas áreas de rehabilitación. Prevista para 12 plazas, en este momento está habilitada sólo para 4 debido al prolongado y grave deterioro de su recurso físico. Se encuentra prevista su remodelación mediante Licitación N° 206/SIGAF/2010, por un monto de \$489.498,64 para los 120 m<sup>2</sup> (a razón de \$4.079,15, aproximadamente u\$s 1.000/ m<sup>2</sup> de refacción, aprox.), en una obra prevista para ser realizada durante 120 días corridos. Entre los alojados, los que están en pre admisión y los que egresaron de la casa y continúan vinculados en alguna/s de sus actividades se asisten entre 15 y 20 pacientes. Sólo se realiza seguimiento informal a aquellos pacientes vinculados. Realizarlo de otro modo demanda recursos profesionales de los que carecen.

### **Hospital Carolina Tobar García:**

En este Hospital se está avanzando con las obras a partir de sentencias judiciales de segunda instancia. Lo planificado es que concluyan antes del fin del presente año. No así las obras de mantenimiento, que no se están realizando, ni están planificadas.

### **Hospital Braulio Moyano:**

En el Hospital Moyano hay una obra que se encuentra en estado de abandono desde hace cuatro años, que corresponde a los pabellones Riglos-San Juan. Se están remodelando los edificios correspondientes a los pabellones Tomasa Vélez Sarsfield II y III, este último se está concluyendo. El servicio de consultorios externos se encuentra sin gas desde hace cinco años. En cuanto a la electricidad, la obsolescencia del tendido de la red hace que se produzcan habitualmente cortes en el suministro.

### **Hospital José T. Borda:**

Si no ha habido erogaciones por parte del Poder Ejecutivo para cumplir con las sentencias judiciales a las que estaba, por ese motivo, obligado, menos aún las hubo para aquellas cuestiones en las que los Jueces no habían fallado. Así, no hubo mantenimiento sostenido de los edificios que corresponden al área de Salud Mental (como tampoco en el resto de los Hospitales de la C.A.B.A.), y encontramos en ese hecho la causa de la falta de gas en la que se ha encontrado el Hospital Borda: Un hecho no esclarecido produjo la rotura de uno de sus caños centrales, y la inspección llevada a cabo por Metrogas en su intento por restablecer la provisión del fluido dejó al descubierto pérdidas en muchos sectores del resto del tendido, por lo que la misma no pudo restablecerse. De este modo, en pleno invierno, las salas no se han podido calefaccionar, por lo que los pacientes que las habitan han padecido frío y suciedad porque tampoco pudieron higienizarse, por lo que vivieron en condiciones de tal indignidad que avergüenzan, pero que a esta altura ya casi ni siquiera sorprenden. Las reparaciones que se están realizando corresponden a la estación central y a cuatro del total de catorce sub estaciones. Quedan de estas, diez pendientes. Del mismo modo, bajar al subsuelo del pabellón en el que funciona la cocina produce náuseas al inspirar cuando se perciben los efluvios que provienen de las aguas servidas de sus cloacas, cuando, en el mejor de los casos, los trabajadores que preparan las comidas de pacientes y empleados no se encuentran operando en medio de un anegamiento, producto de que los caños, rotos, no están en condiciones de evacuar en tiempo y forma los efluentes. El Ministerio de Salud está haciendo la refacción, en cuanto a la infraestructura que permite la provisión de gas y electricidad, del edificio conocido como la H central, pero del resto no. Aún en el pabellón central falta la refacción en lo que respecta a los baños y a la provisión de agua. Cabe mencionar también el cierre del pabellón 14-22, que quedó abandonado.

Durante todo este proceso, que lleva más de cuatro meses, esta Comisión realizó pedidos de informes al Poder Ejecutivo y acompañó a los trabajadores de ese efector en las luchas por evitar lo que ellos consideraban como cierre inminente de la institución, o por conseguir que las obras de refacción finalicen a la mayor brevedad, haciéndose presente, en las personas de su Presidenta o de los Diputados que la conforman, en sus asambleas, actos y marchas. Cabe mencionar también que la Comisión de Salud de esta Legislatura y en apoyo a la lucha de sus trabajadores, convocó una de sus reuniones regulares en el propio hospital realizándose la misma en su Teatro el día 31 de mayo pasado.



### **Centro La Otra Base del Encuentro:**

Otro ejemplo de la falta de mantenimiento de los edificios del sector Salud Mental estuvo, en este período, en el Centro de Asistencia para pacientes adictos “La Otra Base del Encuentro”, dependiente del área programática del Hospital Piñero. Allí, las roturas de los caños que llevan agua para todo el edificio produjeron derrumbes en diferentes sectores de sus cielorrasos que obligaron a clausurar primero parcialmente y luego totalmente el servicio, teniendo que funcionar en un tráiler que sólo podía contener un consultorio. Los Diputados de esta Comisión tomaron parte ante esta situación haciéndose presentes en la institución, realizando pedidos de informes y gestionando ante la D.G.S.M. y el Ministerio de Salud para revertir rápidamente esta situación. Este tema ha sido resuelto favorablemente a través de la refacción de la sede original.

### **Centro de Salud Mental N° 3, Dr. Arturo Ameghino:**

Otra institución que padece problemas que devienen de las políticas aplicadas por esta gestión del Poder Ejecutivo es el Centro de Salud Mental N° 3, “Dr. A. Ameghino”, en donde desde hace más de un año existe un conflicto con sus trabajadores, producto de la remoción de su Director, el cual había sido designado por gestiones anteriores, por consenso entre sus profesionales y con el apoyo de la inmensa mayoría de ellos. Existe un alto nivel de conflictividad en el Centro, con una dirección hospitalaria no avalada por el conjunto de los trabajadores, y cuya presencia en la institución ha generado enormes dificultades para su funcionamiento. En un intento por resolver el conflicto se organizó una Mesa de Diálogo de la que participaron el Sub Secretario de Atención Integrada de Salud, Dr. Néstor Pérez Baliño, los representantes de los trabajadores del Centro a través de su Asociación de Profesionales, la Diputada Carmen Polledo del oficialismo y la Presidenta de la Comisión de Salud Mental de esta Legislatura, Diputada María Elena Naddeo del bloque Diálogo por Buenos Aires.

En ella se produjo una fuerte controversia a partir del sumario administrativo sustanciado al Director desplazado, Dr. Rubén Slipak, con amenaza de sanciones graves, y que tiene como eje la figura de “resistencia a la autoridad ministerial”. Corresponde volver a señalar que el conjunto del personal de la institución y los legisladores de todos los bloques de la oposición han reclamado por distintas vías la continuidad del Dr. Slipak por sus antecedentes y el altísimo consenso que tiene en la comunidad. En la última reunión, realizada en el mes de junio del corriente año, el pedido de traslado para el Dr. Slipak formulado por el Dr. Pérez Baliño entre otras cuestiones no resueltas, produjeron como efecto el abandono de dicho dispositivo de negociaciones por parte de los trabajadores del Centro. Desde ese momento las condiciones de trabajo y el vínculo con las autoridades se deterioraron profundamente.

La situación actual al mes de agosto, se encuentra agravada: Así, por primera vez en muchos años no se le asignaron concurrentes por parte de la Dirección de Capacitación hasta la re adjudicación (y en una cantidad inferior al 50% de los habituales). Otro ejemplo es la situación de tres profesionales de la institución, que luego de haber ganado un concurso autorizado oportunamente por el Ministerio de Salud y ya estando en condiciones de incorporarse a la planta permanente como rentados, sus expedientes fueron suspendidos con el fundamento de haber sido iniciados por el Director desplazado.

El análisis de las situación institucional y de obras de infraestructura de los demás efectores de salud mental será incluida en el próximo informe de la comisión especial.

### **• RECURSOS HUMANOS:**

#### **Trabajadores de planta:**

Observamos un ostensible atraso en la realización de nombramientos de profesionales para las plantas de cada efector, y el personal va disminuyendo en número y aumentando en edad promedio. Continuar en esta línea de acción hará muy difícil revertir esta situación porque al tiempo de incorporar nuevos profesionales a la planta hay que sumarle el largo proceso que implica su formación.

#### **Trabajadores ad honorem:**

Una gran parte de las prestaciones que se realizan en los efectores estatales es sostenida por trabajadores, bajo las figuras de concurrentes (que realizan asistencia en formación) y becarios honorarios, figura con la que permanecen los profesionales una vez que las residencias y concurrencias terminan. En ambos casos trabajan sin recibir paga por ello. Esto, que de por sí resulta inequitativo ya que es derecho de todo trabajador recibir un sueldo digno y acorde a su esfuerzo y responsabilidad, es además complicado por una decisión

administrativa de la actual gestión de gobierno que, aduciendo falta de dinero para hacerse cargo del pago de los seguros de mala praxis, va disminuyendo año tras año el cupo de profesionales concurrentes que el gobierno adjudica a las instituciones, poniendo de este modo en riesgo la posibilidad de seguir contando con una planta profesional capacitada.

• **SALAS DE INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES:**

La historia de la Salud Mental es una historia de discriminación, estigmatización y segregación, en este caso de la locura. De la desaparición física directa en la antigüedad se pasa en el siglo XIX a su reclusión en instituciones manicomiales que son exactamente los que las Leyes de la Ciudad y la Nación combaten. La Ley 448 propicia la apertura de servicios de internación para Salud Mental en Hospitales Generales. Hoy, sólo dos de estos cuentan con servicios de Salud Mental que incluyen salas de internación: los hospitales Piñero y Álvarez, incorporándose camas de internación para adicciones en el Hospital Fernández en el año 2008. Aquella frase: “los locos molestan”, resuena en el sistema público de salud, y las salas en cuestión son resistidas también por los profesionales de los otros servicios, aunque lo marquen las Leyes. Cuando es necesaria una internación, resulta un proceso muy largo y penoso para los profesionales buscar un lugar entre las plazas existentes de un sistema colapsado.

• **PROPUESTAS ELABORADAS POR LA COMISIÓN ESPECIAL DE SALUD MENTAL PARA EL PRESUPUESTO 2011:**

Con motivo de debatirse el presupuesto de salud para el año 2011 se expresó claramente la solicitud de que el mismo se abra con incisos propios a fin de poder conocer los recursos existentes y efectuar un seguimiento específico de los mismos.

Remitimos a la versión taquigráfica en sus páginas correspondientes e incluimos en el anexo documental el debate y las preguntas volcadas por varios de los Diputados con referencia a este tema en la reunión de la Comisión de Presupuesto y Hacienda de fecha 10 de Noviembre de 2010.

Queremos puntualizar que el área Salud Mental no tiene reflejo presupuestario propio, y que desconocemos el nivel de ejecución de los supuestos \$11.000.000 destinados a programas centrales de la D.G.S.M., según la información verbal transmitida en aquel momento.

Con motivo de la postergación de la sanción del presupuesto 2011, no votado en diciembre de 2010 por los fuertes cuestionamientos del conjunto de los bloques de la oposición, se incorporaron al presupuesto del Ministerio de Salud algunas partidas destinadas al programa de acompañamiento hospitalario, propuesto y elevado por el Hospital Piñero en el año 2009 y al programa de asistencia domiciliaria, de acuerdo al detalle adjunto:

Programa de acompañamiento hospitalario (propuesto por el Hospital Piñero) destinado a por lo menos dos hospitales con internación en Salud Mental y Adicciones: \$ 3.400.000

Atención domiciliaria (solicitada por la Dirección General de Salud Mental): \$ 600.000

Al mes de setiembre de 2011 el programa de acompañamiento terapéutico del Hospital Piñero se encuentra en proceso de aprobación administrativa, con dificultades por parte de la D.G.S.M. para lograr la ejecución de las partidas así como para resolver favorablemente la designación del personal mínimo para iniciar la capacitación de los acompañantes.

En dicha discusión presupuestaria las autoridades del área de Salud informaron a esta Comisión que se encuentran incluidas en las partidas existentes recursos suficientes para la apertura de tres salas de internación en los Hospitales generales Pirovano, de niños Pedro de Elizalde y Durand.

Los mismos se encuentran al mes de setiembre de 2011 en distintos estadios de organización de las salas y de convocatoria del personal correspondiente según lo informado por el Ing. Ralph Kirby.

Encuentro consultivo con los programas especiales de la Dirección General de Salud mental: Además del relevamiento de los efectores de Salud Mental hemos realizado un encuentro consultivo con los distintos programas específicos que se desempeñan en el ámbito de la Dirección General de Salud Mental: ADOP y ADOPI, Emprendimientos sociales, con la participación de los responsables de los mismos, Salud Mental comunitaria, entre otros. Ver referencias más adelante y la versión taquigráfica completa en el anexo correspondiente.

- **MESA PERMANENTE INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL:**

En el mes de enero del 2011, la Comisión especial junto al Foro de organizaciones de Salud Mental convocaron al conjunto de los diferentes efectores estatales y del sector académico y profesional, preocupados por la situación del área, los cuales conformaron un ámbito que se dio en llamar “Mesa Permanente Intersectorial en Salud Mental”, que se reúne con una frecuencia entre quincenal o mensual discutiendo los problemas que le son inherentes y produciendo actividades relacionadas.

Así, han realizado, entre el 13 y el 15 de abril próximo pasado las Primeras Jornadas- Legislación en Salud Mental: Un nuevo paradigma. Leyes 448 y 26.657, con 830 participantes, cuyo desarrollo y síntesis de las ponencias incorporamos en el anexo documental.

## **ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN:**

**Desde la presentación del anterior informe, en agosto de 2010, la Comisión realizó las siguientes actividades:**

- **ACCIONES DE SOLIDARIDAD Y APOYO HACIA PADRES Y PACIENTES DEL SERVICIO DE TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES DEL PARQUE ROCA:**

La D.G.S.M. de la C.A.B.A. cerró, en Octubre del año 2010, el Servicio de Zooterapia que funcionaba en el Parque Julio A. Roca de esta Ciudad. Argumentando una serie de irregularidades de indole administrativa en un procedimiento de inusual dureza y autoritarismo se trasladó a la coordinadora del centro dejando sin conducción el servicio. Esta situación produjo el desamparo de los pacientes que allí se asistían y el posterior cierre. La Comisión realizó una conferencia de prensa en la Legislatura porteña, con la presencia de los Diputados de esta Comisión: María Elena Naddeo, Diana Maffía, Jorge Selser, también del Diputado Raúl Puy, y la Defensora Adjunta del Pueblo Graciela Muñiz, denunciando la situación. Se realizó una marcha solicitando la re-apertura del servicio que contó con la presencia de integrantes de esta Comisión, junto a padres, pacientes, terapeutas y perros adiestrados. Asimismo, la Presidenta de esta Comisión realizó un pedido de informes - expediente N° 3098-D-2010- cuya resolución lleva el N° 555-2010. Sin embargo y pese a las promesas formuladas por la autoridad de aplicación, el mismo continúa cerrado.

- **ACCIONES DE SOLIDARIDAD Y APOYO A UN AGENTE AMENAZADO Y AGREDIDO:**

Con motivo de los hechos de violencia suscitados el 14 y 23 de Junio del año 2010 contra el Dr. Luis Osvaldo Mazzarella, que se desempeña en el Hospital Braulio Moyano, los diputados que integran la Comisión Especial de Seguimiento de la Ley Nro. 448, promovieron una Declaración de Repudio de la Legislatura Porteña por las agresiones sufridas por dicho profesional de la salud (1741-D-2010), y con tal objeto realizaron una conferencia de prensa en el Salón Montevideo, contando con la presencia del Secretario General de ATE de Capital, Rodolfo Arrechea, representantes de Médicos del Mundo, profesionales del Hospital Moyano, Borda, Tobar García y Ameghino.

En este contexto, los legisladores, María Elena Naddeo, Jorge Selser, Diana Maffía y María José Lubertino, dirigieron una nota a la Dirección del Hospital Braulio Moyano, solicitando que se tomen medidas efectivas que contrarresten las acciones denunciadas ante la Justicia Contravencional. Como efecto y en virtud también del compromiso asumido junto a otros referentes institucionales y profesionales de la salud que se solidarizaron rechazando los actos de patoterismo e intolerancia denunciados, se logró que la Justicia procesara al imputado y finalmente se lo afectara al cumplimiento de una Probation en Diciembre 2010. Por otra parte, en Marzo de este año, ingresó el sumario administrativo que se labrara al denunciado, ante la Dirección General de Salud Mental de la C.A.B.A.

- **RECLAMO DE RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL Y PROFESIONAL AL FRENTE DE ARTISTAS DEL HOSPITAL BORDA:**

Frente a la decisión del área de Salud mental de reformular el Centro Cultural del Hospital Borda, designando al Dr. Camarero como director del mismo, la Comisión especial convocó al director del Hospital Borda, al Frente de Artistas del mencionado hospital así como al nuevo coordinador del centro cultural a fin de analizar el motivo de no inclusión del Frente de Artistas del Borda en la estructura y coordinación de la nueva propuesta cultural. La comisión insistió en solicitar a las autoridades del Ministerio de Salud el reconocimiento laboral e institucional para el conjunto de artistas y voluntarios que prestan un servicio fundamental para la restitución de derechos de los pacientes a través del conjunto de talleres y actividades vinculadas con la expresión artística. Los diputados firmaron de común acuerdo un proyecto de declaración con el mencionado contenido.



• **JORNADAS: “ADICCIONES- ¿EN QUÉ ESTADO?” ACTIVIDAD IMPULSADA POR EL DIPUTADO JORGE SELSER, CON LA COORDINACIÓN DEL LIC. ALFREDO PAIS, Y EL AUSPICIO DE LA COMISIÓN ESPECIAL.**

**Instituciones Asistentes:**

Centros Carlos Gardel, La Otra Base del Encuentro y Biedac, Casa Flores, Casa Puerto, Madres y Familiares de Víctimas de las Drogas, Hospital de Día del Hospital Álvarez, Servicio de Atención de niños y púberes de la Facultad de Psicología, CPA de Lanús, C.S.M.N° 1 “Dr. H. Rosarios”, C.S.M.N° 3 “Dr. A. Ameghino”, CESAC 13, Hospital Pirovano, (Centro de Salud Mental), y Vilma Acuña, de la Red de Madres contra el consumo del paco

**Presentes:**

Dr. Carlos Bisciotti: Dir. Gral. Asistencia del SEDRONAR, Claudio Parrilla: Dir. Gral. De Adicciones, Roberto Canai: Dir. del Observatorio de Adicciones del G.C.A.B.A., Rosa Daniell: Coord. de servicios de adicciones de la D.G.S.M; Enso Carriolo: Prof. Consulto de la Facultad de Psicología, Dip. María José Lubertino, Dip. María Elena Naddeo, Dip. Jorge Selser, Dip. Adrián Camps

**Expositores:**

Gloria Martínez, Presidenta de Madres y Familiares de Víctimas de las drogas, Alberto Trímboli, Psicólogo del Hospital de Día de Adicciones del Hospital Álvarez, Graciela Doubrez, Psicóloga, Gabriela Martínez, Psiquiatra del Hospital Moyano, Lidia Gilgun, Psicóloga de la APBA, Oscar Ramírez, Psicólogo del Hospital Alvear, Vilma Acuña, de la Red de Madres contra el consumo del paco, Enso Carriolo; Director de Salud Mental de la Facultad de Psicología, Beatriz Bardelli, Psicóloga, coordinadora del Centro La otra base del Encuentro, Mario Kameniecki, Psiquiatra, coordinador del Centro Carlos Gardel, Carlos Damín, Médico, Jefe del Servicio de Toxicología, del Hospital Fernández, Carlos De Marco, Psicólogo, del Servicio de adicciones de la Provincia de Bs. As.

La Representante de Madres y Víctimas de las Drogas Expuso su experiencia en la búsqueda y recuperación de sus hijos. Expone que después de recuperarlos y de su paso por un tratamiento, no tienen nada desde el estado para contenerlos. Expresó que si no se pone en práctica una política de represión del tráfico de drogas, esta problemática no se podrá detener. “No queremos la tolerancia social sobre el consumo”. Comentó el problema de las Comunidades conveniadas por Desarrollo Social de las que no se tienen datos, no se sabe cómo abordan cada problemática y la necesidad de contar con más espacios como éste, donde intercambiar experiencias y conocimientos que se van construyendo en la práctica. Propuso no levantar la judicialización de la tenencia de drogas, pero no judicializando al sujeto sino a la situación.

El Lic. Alberto Trimboli describió el trabajo del Hospital de Día de Adicciones, donde trabajan 25 personas de las cuales sólo cobran 4. Se denunciaron las muy deficientes condiciones edilicias del Centro Biedak, la falta de insumos, el extenso recorrido burocrático que se debe atravesar para que el Centro se constituya como un grupo de trabajo. Expresó que por distintas medidas de gobierno, perdieron el médico clínico, el psiquiatra, el toxicólogo, la trabajadora social y los musicoterapeutas viéndose obligados a realizar interconsultas con las especialidades faltantes, rompiéndose así la interdisciplina. Sólo cuentan con 8 psicólogos y una médica clínica especializada en adolescencia.

Si la Ley 26.052 de desfederalización de la Ley penal 23.737 fuera aprobada, la CABA tendría el seguimiento y control de los delitos menores en comercialización de drogas. Dado que los decomisos y multas que podría aplicar la ciudad, generan dinero, existirían recursos para la atención de adictos. La APBA propuso la formación de la Comisión de Seguimiento para la puesta en marcha y cumplimiento de la Ley 2.318, de prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas con riesgo adictivo.

El Lic. Oscar Ramírez del Servicio de Emergencias del Hospital Alvear comentó que el 50 % de las emergencias psiquiátricas tienen que ver con el consumo de drogas. Dijo que hay accidentes de personas que consumen drogas y que se registran como intentos de suicidio.

La Sra. Vilma Acuña planteó el problema de los llamados “pacientes duales” que son rechazados de los servicios psiquiátricos porque consumen drogas y de los servicios para adictos porque tienen patología psiquiátrica.

El Dr. Carlos Damin dijo que El Hospital Fernández tiene 39 profesionales nombrados en su Servicio de Toxicología. De los 2033 pacientes asistidos en 2010 el 54 % ingresaron por alcohol, el 6 % intoxicados por medicamentos legales, denunciando que existe un permanente bombardeo de publicidad de medicamentos. Dijo que el clorhidrato de cocaína está aceptado en distintos niveles sociales, y que el consumo de drogas debe ser tratado en los efectores de salud. Comentó que la incriminación del adicto es un obstáculo para su tratamiento.

El Dr. Mario Kameniecki sostuvo que el Ministerio de Salud sólo cuenta con un hospital de día en el Hospital Álvarez, un hospital de referencia, el Fernández, y tres Centros de atención ambulatoria, el Carlos Gardel que ene. Momento de las Jornadas funcionaba en el CESAC 45, que depende del área programática del Hospital Ramos Mejía, el Centro Biedac, que depende del área programática del Hospital Penna y La otra Base del Encuentro que depende del área programática del Hospital Piñero. Hay un programa de adicciones en el Ministerio de Desarrollo Social. Ambas instancias cuentan con recursos diferentes, pero al no existir redes formales de comunicación, trabajan descoordinadamente, lo que hace que se desaprovechen tales recursos.

El área de consumo de drogas del Ministerio de Salud, no tiene presupuesto, no aparece un presupuesto asociado a lo que se publica como preocupación del gobierno para sostener la mano de obra intensiva que requiere el sector. Los servicios funcionan sólo gracias al compromiso de los profesionales que trabajan en ellos. Es sólo en función de ese compromiso que La Otra Base presta un servicio de atención en terreno con profesionales que concurren a las ranchadas, interviniendo con el criterio de disminución de riesgo.

También se comunicó que los profesionales de los servicios del Ministerio de Salud, no están informados de la modalidad de trabajo de las instituciones contratadas por el Ministerio de Desarrollo Social, nadie sabe cómo trabajan, nadie sabe quiénes son, con quien se han realizado los convenios, y por esta razón no se puede contar con ellas en los casos en los que es necesario derivar pacientes. Sí se conocen pacientes que están en situación de calle y no quieren retornar a esas comunidades.

La ley básica de salud N° 153 ordena al Gobierno de la ciudad a desarrollar una política integral de atención y prevención del HIV, adicciones, violencia urbana y violencia familiar. Ordena la integración intersectorial e impulsar las redes en cada campo.

A nivel de prevención es necesario desarrollar microemprendimientos con los créditos a tasa cero con los que cuentan la Dirección de Economía Social, facilitar el trabajo con niños y adolescentes y coordinar el trabajo con educación.

El Lic. Carlos De Marco denunció la perversión de las políticas en adicciones tanto de la C.A.B.A. como de la Provincia de Buenos Aires que ha transferido la atención de adictos a Desarrollo Social.

En el Hospital Fernández la demora para atención en Salud Mental de los pacientes que salen de desintoxicación, es de 25 días, lo que indica que la red de atención está quebrada en la C.A.B.A.

No se sabe nada sobre las prestaciones de las instituciones tercerizadas porque no hay un estado que se ocupe de auditarlas. El estado de la C.A.B.A. ha tercerizado también su función de supervisión y control.

Lo acordado en Alma-Ata fue que la tarea preventiva y asistencial debe estar integrada en un programa único. El Estado debe hacerse cargo gratuitamente de la atención y no tiene por qué tercerizar a comunidades terapéuticas “truchas”.

La Dip. María Elena Naddeo recogió la reivindicación que ubica la atención y prevención de la drogadicción, en el área de la salud mental y se comprometió a organizar un nuevo espacio de discusión y participación en el tema.

El Dip. Jorge Selser denunció el cajoneo del proyecto de Ley de Prohibición de Medicamentos de venta Libre y lo ubicó como una contribución del oficialismo en contra de la prevención de la drogadicción.

#### • ENCUENTRO CONSULTIVO: PROGRAMAS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL.

##### Presentes:

Diputados María Elena Naddeo, Presidenta de la Comisión, Diana Maffía y Jorge Selser ambos miembros de la Comisión, Dr. Juan Garralda, Director General de Salud Mental del G.C.A.B.A.,

## **Expositores:**

Dra. Vicky Cohen, Coord. del Área de Salud Mental de la D.G.S.M. del G.C.A.B.A., Lic. Alejandra Barcala, Coord. del Programa de Atención Comunitaria a niños, niñas y adolescentes, Lic. María B. Pérez, Coord. de la Red de Hospitales de Día, Lic. Mirian Dios, representante del Servicio Infanto Juvenil del C.S.M.N° 3 "Dr. A. Ameghino", Dr. Eduardo Rodríguez Garin, Jefe del Servicio de Adolescencia del Hospital Alvear y Dra. Marcela Giménez, Coord. del programa de Emprendimientos Sociales

## **Conceptos vertidos**

Cada uno de los expositores realizó una reseña histórica de su programa, de su función, y de las dificultades con las que se encuentran para llevarlos adelante.

Se trata de programas destinados a pacientes con trastornos mentales, en muchos casos severos, en relación con el paradigma propuesto por la Ley 448, que tienden a la rehabilitación y reinserción social de niños, niñas, adolescentes y adultos. En general se trata de dispositivos y programas que se fueron generando en los propios efectores por los profesionales que trabajan en ellos.

Ninguno de ellos tiene todos los recursos humanos necesarios, de modo que deben apelar a la creatividad para poder cubrir todas las necesidades, y así por ejemplo el Programa de Atención Comunitaria a Niños, Niñas y Adolescentes, que cuenta sólo con dos profesionales a tiempo completo, dos a tiempo parcial y dos contratados "948" (contratos anuales renovables, sin relación de dependencia con el G.C.A.B.A.) generó convenios. Uno de ellos con la Facultad de Psicología de la U.B.A. que tiene a su vez un programa de extensión para la atención a chicos con alto nivel de vulnerabilidad social. También han conseguido que las residencias médicas en la especialidad tengan una rotación en Atención Primaria de la Salud y pasen algunos por este programa. Pero no tienen trabajadores sociales. Comentaron que cuando se genera una vacante, antes era tomada como un cargo, y se reemplazaba por alguien de la misma profesión, pero ahora es tomado como horas, que suelen ser reemplazadas por otras horas de otros profesionales que van a trabajar a otros servicios, dejando a los servicios de Salud Mental cada vez con menor dotación. En el caso de los Hospitales de Día, recién ahora se incluye la rotación por esos servicios de los residentes, pero la formación de grado es tal que suele hacer que los profesionales no lo eligen, y participan en ella de mala gana, y se termina formando gente que se va, porque además no hay rentas nuevas y por lo tanto no hay concursos.

Plantean que si no se trabaja en estos programas con una concepción de Salud Mental comunitaria, se termina reproduciendo la lógica hospitalocéntrica que termina excluyendo.

Hay dos proyectos esperando hacerse efectivos, de Hospitales de Día para niños niñas y adolescentes en el Centro Ameghino y en el Hospital Alvear, que apuntan a armar redes para la reinserción, rehabilitación y resocialización de los chicos. Hay sólo 2, en el Centro 1 y en el Hospital Tobar García (norte y sur de la ciudad respectivamente), pero no son suficientes.

En todos ellos trabajan interdisciplinariamente.

Otro inconveniente es planteado en referencia a los espacios del Programa de emprendimientos Sociales, que gracias a un esfuerzo de una Asociación Civil tiene un terreno cedido en la calle Garay, pero para utilizarlo sería necesario realizar una permuta y una construcción que demanda \$3.000.000, acciones que el G.C.A.B.A. no realiza, y sin sede resulta imposible responder a la demanda.

Los hospitales de Día no tienen estructura, vale decir que para el aparato administrativo del estado de la ciudad no existen, por lo cual no tienen, entre otras cosas, presupuesto, ni jefaturas. Los otros programas tienen presupuesto propio,

Señalan como una gran dificultad el no tener incidencia en los equipos de los efectores, ya se trate de Centros de Salud Mental, CeSAC o equipos de Salud Mental de los Hospitales Generales. En este último caso, lo único que se logró es que 2 ó 3 veces al año los Jefes de Salud Mental puedan participar del CATA para poder tener algún tipo de incidencia en lo que hace a las decisiones sobre recursos humanos. Pero sólo esto no alcanza.

Se quejan de que, a pesar de tratarse de dispositivos que apuntan a evitar internaciones, o propiciar externaciones, al no tener por parte del Ministerio de Salud de la C.A.B.A. una provisión fluida de medicamentos, los pacientes pueden descompensarse al discontinuar la toma de los mismos, generando el efecto contrario al buscado. Se aclara que en abril de 2010 el Dr. Lemus, Ministro de Salud, se comprometió a resolver ese problema, cosa que no sucedió.

## • ENCUENTRO CONSULTIVO: DISPOSITIVOS DE EXTERNACIÓN ASISTIDA

### Presentes:

Diputados María Elena Naddeo, Presidenta de la Comisión, Diana Maffía miembro de la Comisión,

### Expositores:

Lic. Maluca Ciriani y Mónica Cuschnir, ambas del PREA, Programa de Rehabilitación y Externación Asistida de la Provincia de Buenos Aires, Dra. Graciela Russo, Directora de los Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental, Lic. María Teresa Quartino, Jefa del Servicio de Hospital de Noche del Hospital Borda, Lic. Pilar Vandrell, del Equipo de Profesionales Latinoamericanos contra el Abuso de Poder, Dra. Adriana Meléndez, Jefa del Servicio de Hospital de Día del Hospital Tobar García, Lic. Gustavo Bertrán, Jefe del Servicio de Hospital de Día del Hospital Álvarez, Lic. Yago Di Nella, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones.

### Conceptos vertidos

Se trabaja en relación con las experiencias de cada uno de los expositores en las instituciones de las que provienen, pero también con respecto a un proyecto de Ley presentado por la Presidenta de la Comisión de Salud Mental, Dip. María Elena Naddeo, de creación de un Programa de Externación Asistida para la C.A.B.A., que, en coincidencia con las Leyes N° 448 de la C.A.B.A. Y 26657 de la Nación, fundamenta en la necesidad de lograr la no cronificación de los pacientes internados.

Se plantea que cuando a un paciente se le da el alta de la internación, interesa que vuelva a sus redes sociales y que se inserte laboral, social, afectiva y familiarmente. Los lugares de producción de Salud Mental y de externación asistida no tienen que ver con hospitales monovalentes o polivalentes ni con paredes, sino con las mentes de las personas, siendo esos los verdaderos muros a derribar.

En el PREA se trabaja en la transformación de una cultura hegemónica, que es una de las dificultades más importantes respecto de la externación de los pacientes. Se plantea la importancia de darle fuerza de Ley al proyecto, poniendo como ejemplo y fundamento el programa provincial que perdió fuerza cuando cambiaron las autoridades ministeriales que crearon la resolución que le dio vida. Se plantea que prácticamente toda la población de los manicomios es externable, pero que es necesario pensarlo así y disponer los recursos necesarios: espacios (alquiler de viviendas), recursos humanos, subsidios. Los pacientes reciben semanalmente los alimentos crudos, la medicación gratis y la visita de los profesionales. La Provincia de Buenos Aires no paga nada. El alquiler lo paga la cooperadora de la Colonia, y los impuestos, servicios e insumos (propios y de la casa) los abonan los pacientes con sus pensiones.

En los Talleres Protegidos entienden que rehabilitar significa que la persona conozca cuales son sus derechos como ciudadano, y que pueda restablecer los lazos sociales que ha perdido, para evitar que la persona vuelva al circuito de la internación (la llamada “puerta giratoria”). Tratan de desplegar ese potencial de salud a través de actividades como la carpintería, herrería, pintura, tareas administrativas o de imprenta. No intentan que los pacientes se transformen en oficiales carpinteros o herreros. Es pilar para ello la inclusión de la familia. Es necesaria una política de salud que permita que los efectores se articulen con presupuesto, como también con Desarrollo Social.

La intención del Hospital de Noche del Borda, que funciona de 18 a 22 hs., es brindarle al paciente un recurso adicional para un proyecto provechoso en la comunidad, un espacio de rehabilitación psicosocial. Establecen un contrato de 3 meses con posibilidad de recontractar. Manejan su dinero que depositan en una caja de ahorro, trabajan en su terapia la distribución de esos recursos y diseñan su proyecto familiar, laboral, económico y social. Los profesionales participan activamente de lunes a viernes, y los pacientes se quedan solos los sábados y domingos, quedando los profesionales en guardias pasivas.

En la Casa de Medio Camino los pacientes se administran ocupándose de la elaboración de la comida, la limpieza y el cuidado de su ropa.

Los Profesionales Contra el Abuso de Poder han denunciado varias veces al G.C.A.B.A. por el desmantelamiento de las instituciones y el abandono de pacientes. Consideran que prácticamente hay exterminio de pacientes, ya que no es que el Borda está un tiempo sin gas: no hay gas, agua caliente, comida en buenas condiciones, hay denuncias de muerte de pacientes, todo investigado y comprobado. “¿De qué externación asistida se puede hablar si no sabemos si vamos a tener pacientes?”. Refieren tener pruebas del negocio



inmobiliario y de todo lo que se quiere hacer con los corredores de los hospitales. También manifiestan que no se cumple con la Ley N° 448, y dentro de ella con la interdisciplina porque todo está en manos de ciertas direcciones médicas que consideran que todos los demás son técnicos.

En el Hospital de Día del Hospital Tobar García se trabaja con niños, niñas y adolescentes con severos trastornos mentales, con talleres que fundamentan su quehacer en la reconstrucción de una escena de ficción que les permite a los pacientes dejar una posición de objeto del otro para jugar algún personaje posible, propiciando un movimiento subjetivo y un salto cualitativo en la constitución psíquica de esos niños.

Están presentes los acompañantes terapéuticos, que se referencian con los pacientes en el uno a uno, y los acompañan en las salidas que ubican al niño en otra escena que no fuera la del hospital psiquiátrico. Estas actividades están orientadas a favorecer la actividad lúdica, la generación de lazos sociales, y el despliegue de producciones individuales y grupales.

Trabajan interdisciplinariamente con acompañantes terapéuticos, analistas, enfermeros, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos y cocineros. También forman parte de este equipo los supervisores. El Hospital de Día del hospital Álvarez está inserto en un hospital polivalente, siendo, junto con el Piñero, los dos únicos casos en los que se produce esta interacción, con salas de internación de Salud mental en hospitales generales. Marcan la diferencia en el promedio de tiempo de internación general en la especialidad, siendo que en la C.A.B.A. es de alrededor de nueve años, mientras que en estos dos hospitales es entre tres y seis meses. Manifiesta que el dispositivo de hospital de día reduce los costos por paciente al 25% (el costo por paciente en el Borda y Moyano es de \$13.000). Definen al Hospital de Día como un dispositivo integrador.

En el Álvarez hay un equipo encargado específicamente de la externación. Los objetivos son evitar las internaciones complejas, integrar al sujeto psicótico a nuestra cultura e integrar al diferente, pensando al dispositivo como una oferta de espacio-tiempo determinado, primera intervención calculada a diferencia del “loquero” que ofrece un espacio-tiempo indeterminado, el indefinido clásico de la locura.

Funciona como dispositivo interdisciplinario, donde conviven psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, y músico terapeutas.

Es de resaltar que el Hospital de Día comparte el piso (vale decir, el pasillo) con el Servicio de Dermatología

El Director de Salud Mental y Adicciones de la Nación, Lic. Yago Di Nella, comentó que el proyecto de Ley sólo es necesario porque la Ley 448 no se cumple, porque se trata de un programa que la autoridad de aplicación debiera desarrollar, por lo que el Poder Legislativo está intentando suplir una falta de voluntad política en desarrollar una gestión consustanciada con el marco legal vigente. Sólo es necesario un programa de externación asistida toda vez que la política es manicomial. “Se requiere un sistema manicomial para que sea necesario el proyecto”. Un programa de estas características viene a complementar la ley, que debe estar correspondida con los dispositivos de atención en crisis, los hospitales generales.

En el tiempo del intercambio, desde el público se planteó la necesidad de trabajar, ante el cambio de paradigma en la asistencia en salud mental, con la Universidad, particularmente con la Facultad de Medicina, cuya formación de grado va en la línea de la lógica manicomial.

#### • **PRIMERAS JORNADAS “LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL. UN NUEVO PARADIGMA: LEYES 448 Y 26657”**

Las jornadas fueron convocadas por la Comisión de Seguimiento de la Ley 448, y la Mesa Intersectorial Permanente en Salud Mental. Durante dos días, con 830 inscriptos, se desarrollaron las siguientes mesas de trabajo:

-Ley 448 y Ley 26657: Coincidencias y complementaciones. –Salud Mental, Justicia y Derechos humanos. –Políticas públicas en Salud Mental (3 mesas). –Equipos interdisciplinarios: cómo conformarlos según el perfil institucional. –Efectores y dispositivos. –Legislación, Carrera profesional de la Salud y Salud Mental. –Internaciones: articulaciones entre las Leyes 448 y 26657. Y –Aportes para la reglamentación de la Ley 26657.

## **Disertantes:**

Diputados de la C.A.B.A Prof. María Elena Naddeo, Dr. Jorge Selser, Dra. Diana Maffía, (ambos, miembros de la Comisión), Diputado Nacional (M.C.) Lic. Leonardo Gorbarcz, autor del Proyecto de Ley nacional de Salud Mental y asesor del gabinete de la Presidencia de la Nación, Lic. Yago Di Nella, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones, Dr. Juan Garralda, Director General de Salud Mental del G.C.A.B.A, Dr. Ricardo Soriano, Ex Director general de Salud Mental de la G.C.A.B.A., Director del C.S.M. N° 1, Lic. Ángel Barraco, Asesor de planta de la Comisión de Salud (Legislatura de la C.A.B.A.), Dra. Norma Slepoy, Coordinadora de Salud mental de la Cátedra de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina (U.B.A.), Dr. Gustavo Campeni, Presidente Asociación de Profesionales Hospital Alvear, Dra. Liliana Herrendorf, Coord. del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la C.A.B.A., Lic. Alicia Stolkiner, Titular de la cátedra de Salud Pública Salud Mental de la Facultad de Psicología (U.B.A.), Dr. Emiliano Galende, Director del Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Depto. Salud Comunitaria, Univ. de Lanús, Dr. Pablo Fridman, Hospital Álvarez, Dr. Rubén Slipak, Director desplazado del C.S.M. N° 1 “Dr. A. Ameghino”, Dr. Luis Mazzarella, Programa ADOP-ADOPI, Psiquiatra de guardia Hospital Moyano, Lic. Gustavo Bertran, Jefe del Servicio de Hospital de Día Hospital Álvarez, Psic. Soc. Alberto Sava, Frente de Artistas del Borda, Dra. Adriana Meléndez, Jefa del Servicio de Hospital de Día del Hospital Tobar García, Lic. Olga Yedaide, Presidenta de la A.P.G.C.A.B.A., Lic. Carlos Urtubey, Coord. de seguimiento de concursos de la A.P.G.C.A.B.A., Dr. Hugo Cohen, Director Subregional en Salud Mental para Sud América OPS/OMS, Dr. Lucio Mastandrea, Jefe del Depto N° 3 Hospital Borda, Dr. Mariano Laufer Cabrera, Defensoría General de la Nación, Dra. Florencia Hegglin, Defensoría General de la Nación, Dra. Gabriela Spinelli, Asesoría General Tutelar, Dr. Julio Moscon, Hospital Alvear.

## **Conceptos vertidos:**

Las leyes 448 y 26657 fueron aprobadas por unanimidad. Hay sintonía ideológica entre ambas. Se plantea la Ley Nacional como una reglamentación del Derecho Internacional (Declaración de Caracas, Declaración de los Derechos de las personas con discapacidad, etc.) Tienen similitudes en cuanto a la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo comunitario, y a la igualdad de oportunidades para los aspirantes de distintas disciplinas a cargos de conducción. La 26657 plantea el fin de las internaciones judiciales. En 3 años el presupuesto en Salud Mental no puede ser inferior al 10 % del de Salud.

La internación es necesaria sólo en situación aguda. Este es el último recurso al que se debe apelar, y una medida de protección. La internación involuntaria es una privación de la libertad que debe ser regulada por la Ley. Para controlar las condiciones de la internación es necesaria la presencia del Juez. Pero ni este ni la policía la determinan, sino un equipo interdisciplinario. La decisión del alta no requiere autorización judicial.

En cuanto a los niños, niñas y adolescentes, la Ley 448 obliga a la comunicación de la Asesoría General Tutelar, mientras que la 26657 exige que se comunique al Juez y al Órgano de Revisión. En ambas se sostiene que se deben tener en cuenta las leyes de protección de niños, niñas y adolescentes.

La Ley nacional incorpora explícitamente las adicciones. En este punto, la Ley nacional establece que la política de adicciones debe ser parte de las políticas de Salud Mental. En la C.A.B.A. no hay articulación entre Desarrollo Social y Salud para las políticas de adicciones. Sobre el particular, el abordaje de las comunidades terapéuticas se contraponen con la Ley 26.657, ya que allí se realizan internaciones prolongadas, sistemas de aislamiento, reglas rígidas de convivencia, contenciones físicas, altas dosis de medicación e incumplimiento del consentimiento informado.

Es necesario un cambio cultural para la implementación de las leyes, basado en una concepción de salud amplia, el concepto de sujeto de derecho (vs. el sujeto tutelado por la justicia), la redefinición de las responsabilidades del equipo de salud y el cuestionamiento de la psiquiatrización de la vida cotidiana.

Se necesitan nuevos dispositivos para la aplicación de la Ley. El estado debe garantizar el derecho a defenderse. Se destaca el cuidado por los derechos humanos en contraposición con la mirada anterior, en la que el “enfermo” era un sujeto desprovisto de derechos.

En la C.A.B.A. hay un vaciamiento del hospital público, y al mismo tiempo una resistencia de las corporaciones médicas y psiquiátricas a la aplicación de la Ley. Hay que diferenciar la desmanicomialización del

abandono, el negocio de la venta de terrenos, etc. El manicomio no es el edificio sino una manera de pensar la locura. El manicomio es el lugar donde se violentan todos los derechos humanos.

Es necesario el intercambio, la construcción de redes abiertas. La Ley Nacional obliga a la desinstitucionalización. Si no se desarrollan nuevos programas y servicios alternativos no se va a poder llegar a la desinstitucionalización. Lo social y la consideración de la salud deben ser tratados como Política de Estado. El derecho a la salud se relaciona directamente con los derechos sociales. Se cumple con los derechos humanos cuando se cumple la ley.

Es fundamental que se anteponga un equipo interdisciplinario frente al avance de la hipermedicalización, que viene de la mano con el incremento de la adicción a los medicamentos legales.

Se debe trabajar codo a codo, sin discurso único y sin hegemonías. La hegemonía discursiva es el producto de la imposición de las ideas dominantes. En el otro rincón, la interdisciplina, debe ser entendida no como una suma de partes, sino como la posibilidad de construcción de un nuevo pensamiento a partir del intercambio con los otros. Entonces se va creando un nuevo sujeto, como sujeto de la interdisciplina. En esta idea se excluye la verticalidad, hay que pensarlo en lo horizontal. Es imprescindible renunciar a reconocerse como disciplina única que puede dar cuenta de todo. En este punto, la idea de la jefatura de equipo es incompatible. No así la coordinación y el liderazgo, que es móvil de acuerdo con el problema en cuestión. Si aparecen nuevos paradigmas es porque los existentes están en crisis. ¿Se piensa la salud como gasto, reduciendo costos, o como derecho? Pensar la salud como un gasto es lo más crudo del neoliberalismo.

Al hablar de sufrimiento psíquico se sostiene un sujeto activo en su tratamiento, lo que genera la posibilidad de construir políticas en ese sentido. Ante esto se presentan obstáculos: La resistencia de las corporaciones médicas y psiquiátricas, un imaginario social y cultural del sufrimiento "psi" que presiona para que se use el modelo psiquiátrico. Hoy no se está formando en S.M. según las necesidades planteadas por el nuevo marco legal. La formación de los profesionales en universidades que generan saberes universales. Pero hay formas de respuesta a estos obstáculos: Incluir en la transformación a organizaciones de psiquiatras, realizar campañas para modificar el imaginario social, y formación para la interdisciplina en gestión, y una formación de grado menos individualista.

Desde la D.N.S.M.y.A. se plantean tres líneas de gestión: Creación del COFESAMA (Consejo Federal de S. M. y Adicciones), distribución de recursos y creación de un registro epidemiológico para encarar políticas públicas.

## CONCLUSIONES

- La situación de la Salud Mental, aún con sus características específicas, no difiere de aquella en la que se encuentra inmersa el área de Salud en general de la C.A.B.A., reconocida como crítica por el Ministro, Dr. Jorge Lemus en su visita a la Legislatura Porteña de Abril de 2010.
- Las constantes modificaciones por resolver lo correspondiente al área de Salud Mental (lleva cuatro en lo que va de la gestión) parecen mostrar intentos sin éxito por parte del poder Ejecutivo.
- La terciarización de los servicios, el aumento de la edad promedio de los profesionales de planta, el atraso en la realización de los nombramientos, la disminución en la adjudicación de profesionales en formación (concurrentes, becarios) y la disminución de las prestaciones producidas durante los últimos cuatro años dan cuenta de una marcha continuada tanto de la precarización de las condiciones laborales cuanto de la privatización del sector, que de continuar en esta línea dificultarán, cada vez más, el acceso de la población a la asistencia.
- En el mismo sentido puede leerse la falta de formalización de un Plan de Salud Mental.
- Teniendo en cuenta que el cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental sólo es posible si hay una generación clara de políticas que permitan la instalación del nuevo paradigma que tanto la norma mencionada como la Ley N° 26.657 de Salud Mental de la Nación propician, la falta de creación de dispositivos de internación asistida y de salas de internación en Hospitales generales, marchan en sentido opuesto.
- Del mismo modo entendemos que la transferencia de funciones del Ministerio de Salud al de Desarrollo Social sin la supervisión correspondiente de sus servicios actúa en sentido contrario a las Leyes vigentes.
- Es preocupante la situación edilicia de la mayoría de los efectores del área, no solo en cuanto a las obras que la justicia obliga a través de sus sentencias sino también en la falta de obras de mantenimiento inexistentes a la fecha.
- En esa misma línea se aprecia la situación de conflicto gremial e institucional producido en el Centro de Salud Mental N° 3, Dr. Arturo Ameghino, que a la fecha no muestra vías de solución.  
Es por todo lo enunciado que esta Comisión solicita al Poder Ejecutivo una rápida y efectiva intervención que permita revertir la situación imperante, formulando las siguientes propuestas



## PROPUESTAS

En función de todo lo anteriormente expresado, las propuestas de acciones a llevar a cabo por el Poder Ejecutivo para mejorar la Salud Mental son:

- 1. *Elaborar un Plan de Salud Mental*** según lo establece la Ley N° 448 reactualizando el existente en base a los informes y diagnósticos realizados a la fecha y formalizándolo con el acto administrativo correspondiente.
- 2. *Transparencia presupuestaria:*** Asignación de partidas para llevar a cabo las políticas públicas que el sector necesita, basándonos en que la Salud, y dentro de ella la Salud Mental, y su correspondiente ejecución, son derechos inalienables de todas las personas en el ámbito de la C.A.B.A. Por esto exigimos desagregar las partidas dando reflejo presupuestario a los programas y servicios de la D.G.S.M. en el presupuesto del Ministerio de Salud.
- 3. *Inversión en obras*** para poner en condiciones de uso a las instituciones de Salud Mental.
- 4. *Proveer medicamentos*** de la más alta calidad y eficacia probada.
- 5. *Realizar los nombramientos*** necesarios en todas las áreas: profesional, de enfermería, administrativos, de mantenimiento y maestranza, en forma urgente.
- 6. *Aumentar el cupo*** en todas las instituciones para la formación de post grado, tanto en concurrencias como en residencias.
- 7. *Revertir los procesos de privatización*** en toda el área.
- 8. *Fortalecer la red de prevención y asistencia en adicciones*** de la Dirección General de Salud Mental. Rediscutir las competencias y servicios asistenciales del área de adicciones del Ministerio de Desarrollo Social, planteando su correcta articulación o directamente la restitución de servicios y competencias al área de Salud.
- 9. *Resolver la situación del personal incorporado*** por Decretos 604/09 y 106/10 durante la emergencia de la gripe A garantizando su continuidad y estabilidad.
- 10. *Regularizar la situación del personal que amplió su carga horaria*** por la incorporación y normalización de los módulos institucionales, ampliando donde fuera necesario la planta funcional.
- 11. *Realizar concursos*** en todas las áreas según lo determina la Ley N° 448.
- 12. *Poner en marcha programas de externación asistida*** para permitir el alta institucional de los pacientes que se encuentran en condiciones, de un modo digno, ajustado a la legislación vigente y al paradigma de los derechos humanos.
- 13. *Abrir salas de internación en Salud Mental en todos los Hospitales Generales***, a cargo de equipos multidisciplinarios, en particular en los ya propuestos, Hospitales Durand, Elizalde y Pirovano.
- 14. *Poner en marcha los hospitales de día planificados en el Centro Ameghino y en el Hospital Alvear.***
- 15. *Dotar de nueva sede al Programa de emprendimientos sociales de acuerdo a los proyectos existentes en el área***
- 16. *Efectivizar la reglamentación de la ley 1246*** para la cobertura del seguro a los pacientes que realizan tareas laborales y salidas educativas.



## **ANEXO DOCUMENTAL**

Buenos Aires, 13 de julio de 2006.

### **• RESOLUCIÓN 258/2006**

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la "Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental".

Art. 2º.- La Comisión Especial tiene por objeto:

- a) Solicitar información vinculada a la aplicación de la Ley 448 (B.O.C.B.A n° 1022) a la autoridad de aplicación y a las diferentes áreas que se articulan intersectorialmente en Salud Mental (Justicia, Desarrollo Social, Derechos Humanos, entre otras).
- b) Emitir un primer informe, en un plazo no superior a los treinta (30) días de su puesta en funcionamiento, sobre la problemática.
- c) Proponer acciones a la Comisión de Salud para el efectivo cumplimiento de la Ley 448 de Salud Mental.

Art. 3º.- La Comisión Especial está integrada por:

- a) Tres (3) Diputadas/os representantes de la Comisión de Salud
- b) Una (1) Diputada/o representante de la Comisión de Justicia
- c) Una (1) Diputada/o representante de la Comisión de Mujer, Infancia, Adolescencia y Juventud.
- d) Una (1) Diputada/ o representante de la Comisión de Derechos Humanos
- e) Una (1) Diputada/ o representante de la Comisión de Políticas de Promoción e Integración Social

Los integrantes de la Comisión Especial, arriba mencionados, son propuestos para su nombramiento, por las respectivas Comisiones intervinientes, a la Vicepresidencia 1º de la Legislatura.

Se invita al Consejo de Salud Mental creado en el marco de la Ley 448 y demás Instituciones de Salud Mental, para que brinden toda la información y conocimientos que sean requeridos por la Comisión con la finalidad de dar efectivo cumplimiento a su objeto.

Art. 4º.- La Comisión Especial debe ser puesta en funcionamiento, dentro de los treinta (30) días de aprobada la presente.

Art. 5º.- La Comisión de Asesoramiento Permanente de Salud asistirá a la Comisión Especial en los aspectos técnicos y administrativos necesarios para su funcionamiento.

Art. 6º.- La Comisión Especial tiene una duración de dos (2) años, pudiendo prorrogarse dicho plazo por igual período.

Art. 7º.- Comuníquese, etc.

**SANTIAGO DE ESTRADA**  
**ALICIA BELLO**

### **• RESOLUCIÓN N° 387/2010**

Pedido de informes de la Dip. MARÍA ELENA NADDEO  
Buenos Aires, 16 de setiembre de 2010.

Artículo 1º.- El Poder Ejecutivo informará, a través de los organismos correspondientes, dentro del plazo de veinte (20) días de recibido el presente, los puntos enunciados a continuación, sobre la "Casa de Medio Camino" sita en la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital y dependiente del Hospital de Noche del Hospital Borda.

1. Indique y adjunte la norma que diera origen a la "Casa de Medio Camino" sita en la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital.
2. Describa cómo está compuesto el personal que se desempeña en la entidad aludida en el punto 1.
3. Precise la situación laboral en la que se encuentran las personas que trabajan en dicho lugar. A saber:

- a) Indique qué trabajadores y/o profesionales se desempeñan en calidad de titulares, suplentes y/o adscriptos.
  - b) Determine cuál es la categoría y/o el escalafón correspondiente a cada trabajador y/o profesional que trabaja en dicha institución y con qué antigüedad.
  - c) Explique cómo se renuevan los cargos y/o el personal que trabaja en el lugar.
  - d) Indique si existen designaciones o postulaciones laborales pendientes. De ser así, individualice cuáles son.
4. Detalle cuál es la capacidad o cantidad vacantes para pacientes que posee la “Casa de Medio Camino” de la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital.
  5. Precise cuántos pacientes se encuentran actualmente realizando tratamiento en dicha institución.
  6. Precise la cantidad de pacientes atendidos y la cantidad de pacientes dados de alta durante los últimos tres (3) años.
  7. Indique si se efectúa algún proceso de seguimiento o relevamiento de los pacientes dados de alta. En caso afirmativo, explique en qué consiste.
  8. Especifique cuál es el estado edilicio y de infraestructura del lugar donde se asienta la “Casa de Medio Camino” de la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital.
  9. Indique si se trata de un inmueble alquilado o propio del Gobierno de la Ciudad. En el supuesto de ser alquilado, indique canon locativo y de expensas y adjunte copias de los recibos de pago correspondientes a los últimos tres (3) años.
  10. Detalle si dicho inmueble posee filtraciones de agua o humedad en techos y/o paredes.
  11. Detalle si dicho inmueble posee un sistema del cableado de luz deteriorado, defectuoso y/o expuesto e informe si el mismo puede resultar riesgoso para el personal a cargo y/o para los pacientes del lugar. En otras palabras:
    - a) Indique si el cableado para el suministro interno de energía eléctrica es de tela o de otro material.
    - b) Informe si existen disyuntores de electricidad y/o llaves térmicas.
  12. Especifique si la entidad posee servicio de gas envasado o por suministro corriente.
  13. Detalle el estado de la cocina y de los baños existentes y explique si ambas áreas se encuentran en completo y buen funcionamiento.
  14. Informe si en la entidad que nos ocupa, existen reparaciones u obras pendientes o de conveniente realización. En caso afirmativo, adjunte plan de obra y detalle las mismas, acompañando pliego de licitación y de obra y presupuesto afectado, si lo hubiere.
  15. Informe si se ha previsto ampliar la mencionada Casa de Medio Camino u organizar nuevos dispositivos en otras casas o inmuebles de la Ciudad de Buenos Aires. En caso afirmativo, señale dónde estarían ubicadas, cronograma de apertura y todo otro tipo de información que tuviera el área de salud mental acerca de las propuestas de dispositivos de egreso de los pacientes atendidos por la Red.

Art. 2º.- Comuníquese, etc.

**OSCAR MOSCARIELLO**  
**CARLOS SERAFIN PEREZ**

• **EXPEDIENTE 1772-D-2010**

Informes referidos a la Casa de Medio Camino dependiente del Hospital de Noche del Hospital Borda

**PROYECTO DE RESOLUCIÓN**

Artículo 1º.- La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires solicita al Poder Ejecutivo que informe dentro del plazo de veinte (20) días de recibido el presente, a través de los organismos correspondientes, los puntos enunciados a continuación, sobre la “Casa de Medio Camino” sita en la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital y dependiente del Hospital de Noche del Hospital Borda.

1. Indique y adjunte la norma que diera origen a la “Casa de Medio Camino” sita en la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital.

2. Describa cómo está compuesto el personal que se desempeña en la entidad aludida en el punto 1.
3. Precise la situación laboral en la que se encuentran las personas que trabajan en dicho lugar. A saber:
  - e) Indique qué trabajadores y/o profesionales se desempeñan en calidad de titulares, suplentes y/o adscriptos.
  - f) Determine cuál es la categoría y/o el escalafón correspondiente a cada trabajador y/o profesional que trabaja en dicha institución y con qué antigüedad.
  - g) Explique cómo se renuevan los cargos y/o el personal que trabaja en el lugar.
  - h) Indique si existen designaciones o postulaciones laborales pendientes. De ser así, individualice cuáles son.
4. Detalle cuál es la capacidad o cantidad vacantes para pacientes que posee la “Casa de Medio Camino” de la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital.
5. Precise cuántos pacientes se encuentran actualmente realizando tratamiento en la ante dicha institución.
6. Precise la cantidad de pacientes atendidos y la cantidad de pacientes dados de alta durante los últimos tres años.
7. Indique si se efectúa algún proceso de seguimiento o relevamiento de los pacientes dados de alta. En caso afirmativo, explique en qué consiste.
8. Especifique cuál es el estado edilicio y de infraestructura del lugar donde se asienta la “Casa de Medio Camino” de la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital.
9. Indique si se trata de un inmueble alquilado o propio del Gobierno de la Ciudad. En el supuesto de ser alquilado, indique canon locativo y de expensas y adjunte copias de los recibos de pago correspondientes a los últimos tres años.
10. Detalle si dicho inmueble posee filtraciones de agua o humedad en techos y/o paredes.
11. Detalle si dicho inmueble posee un sistema de cableado de luz deteriorado, defectuoso y/o expuesto e informe si el mismo puede resultar riesgoso para el personal a cargo y/o para los pacientes del lugar. En otras palabras:
  - a) ¿Es tipo de cableado para el suministro interno de energía eléctrica es de tela o de otro material?
  - b) ¿Existen disyuntores de electricidad y/o llaves térmicas?
12. Especifique si la entidad posee servicio de gas envasado o por suministro corriente.
13. Detalle el estado de la cocina y de los baños existentes y explique si ambas áreas se encuentran en completo y buen funcionamiento.-
14. Informe si en la entidad que nos ocupa, existen reparaciones u obras pendientes o de conveniente realización. Adjunte plan de obra y detalle las mismas, acompañando pliego de licitación y de obra, presupuesto afectado, si los hubiere.
15. Informe si se ha previsto ampliar la mencionada Casa de Medio de Camino u organizar nuevos dispositivos en otras casas o inmuebles de la Ciudad de Buenos Aires. En caso afirmativo, señale donde estarían ubicadas, cronograma de apertura y todo otro tipo de información que tuviera el área de salud mental acerca de las propuestas de dispositivos de egreso de los pacientes atendidos por la Red.

Artículo 2º.- Comuníquese, etc.

## FUNDAMENTOS

### Sr. Presidente:

La situación edilicia y el funcionamiento de la “Casa de Medio Camino” sita en la calle Juan Bautista Alberdi 2331, de esta Capital, resulta de alta preocupación, no solo para los profesionales que allí se desempeñan, sino también para los pacientes que en dicha entidad reciben tratamiento.

Hemos tomado conocimiento de los serios inconvenientes administrativos y de infraestructura con los que tienen

lidar los profesionales que prestan servicio en esta institución y el riesgo que ello implica para la salud de los mismos y la de sus pacientes.

Atento a todo esto, con la finalidad de tener conocimiento preciso de cuáles son las dificultades que atraviesa el efector que nos convoca y en pos de aportar una respuesta satisfactoria en este sentido, es que solicitamos la aprobación del presente proyecto de resolución.

### **DOCUMENTO LIMINAR DE LA MESA INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL**

“Se reconoce la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

Art. 3º Ley Nacional Nº 26.657- Art. 2º inc. B Ley 448 Ciudad de Buenos Aires.

Desde distintas pertenencias institucionales, políticas, académicas, profesionales, y sociales, proponemos la constitución de esta Mesa Permanente Intersectorial de Salud Mental, como un espacio de debate y de articulación de acciones de coordinación y de movilización en pos del cumplimiento de la ley de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires Nº 448, así como su compatibilidad y efectivización con la recientemente sancionada ley nacional Nº 26.657. El respaldo jurídico y político expresado en esta nueva normativa nacional se convierte en un poderoso mandato para avanzar en la transformación del sistema de salud mental por el cual bregamos desde hace décadas, sin dilaciones ni excusas presupuestarias.

En este contexto particularmente crítico en que se encuentra la Ciudad de Buenos Aires, con el fuerte retroceso que advertimos en la gestión de las políticas sociales, las diversas situaciones de autoritarismo, el recorte y los obstáculos para el acceso de la población al ejercicio de sus derechos, consideramos que es preciso definir un plan sostenido de acción debatido en todos los ámbitos.

Plan de acción que tiene entre sus objetivos generar un proceso de debate y difusión de los postulados del paradigma propuesto, e impulsar, reclamar y exigir las consiguientes acciones del Gobierno de la Ciudad destinadas a poner en marcha los programas y dispositivos para hacer realidad el cumplimiento de las leyes vigentes.

Acordamos como centrales y prioritarios algunos de los postulados y líneas de acción señalados claramente por ambas leyes, entre ellos:

a) Desterrar las lógicas manicomiales, generando los programas alternativos a la institucionalización definidos claramente en las normas mencionadas, tales como la creación de servicios de atención de salud mental en todos los hospitales generales, - incluyendo camas de internación - casas de medio camino, dispositivos de atención domiciliaria, programas de inclusión social, laboral, familiar y comunitaria., talleres protegidos, hospitales de día, hospital de noche, y otros, en articulación con las áreas sociales y educativas.

b) Construir los nuevos dispositivos y programas, a partir de las mejores experiencias recorridas y la adecuación de los hospitales y centros de salud existentes al nuevo paradigma. Sin ningún tipo de discriminación laboral ni pérdida de los derechos adquiridos, con el impulso transformador necesario para asumir y protagonizar los cambios señalados.

c) Garantizar un modelo de intervención basado en la interdisciplina y el reconocimiento del conjunto de los trabajadores de salud mental. Para ello es imprescindible contar con los recursos humanos necesarios de todas las áreas involucradas: trabajadores de la salud mental, así como de las áreas educativas, sociales y culturales, a fin de que interactúen en los diagnósticos y en los procesos de tratamiento, rehabilitación y reinserción.

d) Reclamar un sistema de concursos transparentes, que respete rigurosamente la legislación vigente, que reconozca el derecho ya consagrado legalmente de acceder a cargos de conducción al conjunto de profesionales con título de grado de la salud mental. En particular, será necesario superar la resistencia de las corporaciones, una resistencia sostenida en todos los ámbitos, incluso el judicial, consistente en no permitir concursar para cargos directivos, para cualquier nivel de conducción, a profesionales universitarios no médicos.

Con el compromiso de promover la incorporación de la más amplia red de instituciones, delegaciones gremiales, especialistas, representantes de la cultura y de los movimientos sociales, de los bloques políticos de la Legislatura de la Ciudad, de la comunidad en su conjunto, y de generar la más amplia difusión de los contenidos acordados, siempre derivados de las leyes 448 y 26.657, así como la realización de Jornadas de debate y de distintas propuestas de capacitación y movilización, se constituye esta

**MESA PERMANENTE INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL**  
**Buenos Aires, 8 de febrero de 2011**

**VERSIÓN TAQUIGRÁFICA DEL ENCUENTRO CONSULTIVO SOBRE EL PROGRAMA DE EXTERNACIÓN ASISTIDA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL**

**SUMARIO**

COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO DE LA LEY 448 DE SALUD MENTAL	46
Iniciación	46
ASUNTOS CONSIDERADOS	47
Consideraciones sobre el Programa de Externación Asistida para la Integración Social	47
Intervención de la diputada Diana Maffía	48
Intervención de la Sra. Maluca Cirianni, del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida de la provincia de Buenos Aires	49
Intervención de la Sra. Mónica Cuschnir, del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida de la provincia de Buenos Aires	53
Intervención de la Sra. Graciela Russo, Directora de Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental	60
Intervención de la Sra. María Teresa Quartino, Jefa de servicio del Hospital de Noche del Hospital Borda	63
Intervención de la Sra. Pilar Vandrell, del Equipo de Profesionales Latinoamericanos Contra el Abuso de Poder	66
Intervención de la Sra. Adriana Meléndez, Jefa del Hospital de Día del Hospital Tobar García	70
Intervención del Lic. Gustavo Bertrán, Jefe del Hospital de Día del Hospital Álvarez	76
Intervención del Sr. Yago Di Nella, Director de Salud Mental y Adicciones de la Nación	82
Intervención del Sr. Silvio Bodnar, Director de la Comisión de Seguimiento de la Ley 448 de Salud Mental	91
Fin del registro taquigráfico	93

**COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO DE LA LEY 448 DE SALUD MENTAL**

- En Buenos Aires, en el Salón Presidente Perón de la Legislatura de la Ciudad Autónoma, a ocho días de junio de 2011, a la hora 16 y 24:

**Iniciación**

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Buenas tardes.

Vamos a comenzar por el uso del salón y por el tiempo que vamos a tener cada uno de nosotros y nosotras para hacer uso de la palabra.

Tratemos de dejar despejada esta parte de la mesa para poder interactuar con los profesionales y los amigos presentes.

Esta es una reunión de la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación de la Ley 448 de Salud Mental.

Está presente la diputada Diana Maffía. Los diputados Jorge Selser y Mateo Romeo, que habitualmente participan de estas reuniones, se excusaron porque llegarán más tarde.

asuntos considerados  
Consideraciones sobre el Programa de Externación Asistida para la Integración Social

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- La idea de hoy es conversar y conocer algunas de las experiencias de externación asistida que consideramos relevantes. Esta reunión es la continuación o la actualización de un primer encuentro convocado por la diputada Maffía el año pasado, del que tenemos la versión taquigráfica.

El año pasado se hizo un trabajo de articulación entre las áreas de Salud y de Desarrollo Social. Este año empezamos a trabajar en un proyecto de ley. Estamos haciendo un análisis profundo de las estrategias para lograr la no cronificación de los pacientes que están en los hospitales neuropsiquiátricos.



En función de algunas primeras opiniones de asesores, amigos y especialistas conocidos decidimos convocar a otros especialistas y a algunas personas que trabajan en los programas de la ciudad y de la provincia de Buenos Aires. Por ejemplo, invitamos a Maluca Cirianni y a Mónica Cuschnir, del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida de la provincia de Buenos Aires. También están presentes Pilar Vandrell, del Equipo de Profesionales Latinoamericanos contra el Abuso de Poder; Graciela Russo, de Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires; Adriana Meléndez, Jefa del Hospital de Día del Hospital Tobar García; el doctor Gustavo Bertrán, Jefe del Hospital de Día del Hospital Álvarez; y el licenciado Yago Di Nella –a quien le agradecemos mucho su presencia–, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Esta es una mesa de trabajo. Hay amigos y gente interesada de distintos equipos. También hay gente del Hospital de Noche del Hospital Borda y está María Teresa Quartino, que luego hará uso de la palabra.

La propuesta –salvo que pensemos algo en contrario– es que ustedes hagan una exposición de aproximadamente siete minutos –el tiempo siempre es tirano– sobre el programa que llevan adelante y las dificultades para las estrategias de externación.

Les hemos enviado una copia del proyecto de ley; si quieren opinar sobre él, por supuesto será muy bien recibida cualquier mención o crítica, porque todavía está en plena discusión.

Intervención de la diputada Diana Maffía

**Sra. Presidenta (Naddeo).**– La diputada Maffía me decía que en una hora se tiene que retirar. Por lo tanto, le damos la palabra.

**Sra. Maffía.**– En primer lugar, agradezco esta segunda reunión.

A la diputada Naddeo y a mí nos interesa muchísimo la externación, que es un problema en sí porque implica trabajar sobre la producción de salud mental y no sobre la atención de la enfermedad.

Cuando a una persona se le da el alta clínica, nos interesa que realmente vuelva a sus redes sociales y que se inserte laboral, afectiva y familiarmente. Al respecto, existe una responsabilidad del Poder Ejecutivo que no se cumple. Ello dio pie a un problema muy grave en el Hospital Tobar García que nos preocupa: la cronificación de chicos por falta de políticas públicas, lo que no les permite salir del hospital una vez dados de alta. En este caso, intervino la Asesoría General Tutelar. La reunión estuvo inspirada fundamentalmente por el problema urgente de qué pasaba con la externación de chicas y chicos.

El área de Desarrollo Social tiene un programa de asistencia específico sobre el tema que no cuajaba apropiadamente. Uno de los motivos era el dispositivo de los subsidios. El paciente era dado de alta, pero no se le permitía manejar económicamente el subsidio, con lo cual no se entendía cómo funcionaba la autonomía de estos pacientes. Por un lado, estaban dados de alta y, por el otro, no podían manejar sus subsidios.

Por supuesto, hay un problema gravísimo con las viviendas que excede completamente la externación, pero que la incluye. Faltan dispositivos intermedios, como hogares de tránsito y hospitales de día. Los lugares de producción de salud mental y de externación asistida –al paciente no sólo se lo saca del hospital, como figura en nuestra Ley de Salud Mental y en la ley nacional– no tienen que ver con los hospitales monovalentes o no monovalentes.

La mentalidad asilar que queremos derrotar con la Ley de Salud Mental no tiene que ver con las paredes, sino con las mentes de las personas. Esos muros que hay que derribar son de otra índole; son más difíciles de derribar. Estas reuniones colectivas tienen que ver con recuperar el espíritu de la Ley de Salud Mental que es excelente, pero que no se aplica, y recuperar las responsabilidades del Estado en la producción de políticas públicas que se adecuen a lo que dice la ley. También queremos recuperar el sentido de la Salud Mental, en el marco de la política pública y de los derechos humanos, que es lo que se corresponde con nuestra Constitución y lo que está en el espíritu de la ley de la ciudad y de la reciente ley nacional.

Quiero agradecerles a ustedes, porque son los que trabajan cotidianamente, los que se ponen al hombro este problema –a veces sin los recursos– y nos dan las herramientas para que podamos exigir que los recursos sean los apropiados.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**– Dejo constancia de la presencia del director de la comisión, Silvio Bodnar, y de la licenciada Ana Lía Glas, que ayudó en la elaboración del anteproyecto de ley, junto con Silvio y otros colaboradores.

Tiene la palabra la señora Maluca Cirianni.

Intervención de la Sra. Maluca Cirianni, del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida de la provincia de Buenos Aires

**Sra. Cirianni.**– Agradezco que nos hayan invitado y que tomen en cuenta el trabajo cotidiano, como bien se dijo.

Como tenemos pocos minutos, no me voy a explayar demasiado en los paradigmas, porque la Ley de Salud



Mental de la Ciudad y la nacional ya están sancionadas. Creo que todos coincidimos en eso. Quizás me extienda más en un aspecto que tiene que ver con un obstáculo que en general no lo consideramos, más allá de los paradigmas científicos y de las legislaciones: el imaginario social y cultural. Éste, en última instancia, determina mucho más que los principios científicos y que las legislaciones. Digo esto porque me parece que hay que considerarlo en los recursos del programa. Nosotros, en el PREA, lo incluimos dentro de “Capacitación y comunicación”.

No sé si ustedes recuerdan el programa de televisión Locas de Amor. Ese programa lo hicimos con el PREA en el Estévez, justamente con la intención de llevar esa realidad a la televisión pública, que es la que está presente en los hogares. También hay muchas películas interesantes, pero la gente no ve mucho cine; en cambio, sí ve televisión. Me parece que debemos pensar en la transformación de este imaginario, de esta cultura hegemónica, que es una de las dificultades más importantes respecto de la externación de los pacientes.

Empezamos con el PREA, que es el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida de la provincia de Buenos Aires, en el año 1999. Coincidimos en los fundamentos, en la necesidad de desmanicomializar, así que no me voy a explayar en esto. Pero quizás me extienda un poco en lo que tiene que ver con la rehabilitación y externación.

Leí el proyecto de ley y realmente me parece bueno. Pero, a partir de la experiencia, plantearé algunas cosas, y quizás sea la forma más rápida y concreta.

Por un lado, es fundamental que esto sea un proyecto de ley. El PREA solo fue una resolución ministerial. Luego cambió la dirección de Salud Mental, las personas que apoyaban este tipo de proyectos se fueron y el PREA se murió; duró dos o tres años en la provincia. Aún seguimos, pero ya no es un programa provincial –después Mónica va a contar mejor–; solo quedamos algunos sobrevivientes en los hospitales. Esto no tiene que ver tampoco con los gobiernos provinciales, sino con lo que decía antes respecto del imaginario social y de algunos otros intereses gremiales y corporativos, que es otro asunto a tener en cuenta.

Es importante que sea un proyecto de ley, porque un programa de este tipo se puede caer en pocos meses si no hay una ley que obligue a que existan los recursos, porque las políticas están definidas por los recursos.

Otra cuestión que quiero plantear es que se está pensando en los dispositivos de externación, pero antes hay que pensar en la preparación para la externación. Coincido con la legisladora en que hay un montón de dispositivos que tienen que ver con la promoción de salud antes de la internación; esperemos que se eviten las internaciones. Pero, si estamos planteando la externación, tenemos que tener en cuenta algunas cosas.

En primer lugar, no coincidimos con que solo el 20 ó 25 por ciento de la población es externable. Prácticamente toda la población de los manicomios es externable, porque ningún paciente recibe un tratamiento adecuado en ningún manicomio, con lo cual todos son externables, y es un deber externarlos. El problema consiste en censarlos, tipificarlos y ver qué atención necesita cada uno. Entonces sí habrá que pensar en distintos dispositivos; algunos serán ambulatorios y otros, en casas de convivencia.

El dispositivo habitacional, como lo llamamos nosotros, se trata de casas pequeñas que alquila el Ministerio de Salud en las que viven cuatro o cinco pacientes como si fuera su domicilio particular. Cuentan con equipos que los visitan y que les hacen el tratamiento adecuado.

También hay pacientes absolutamente dependientes. La mayoría son personas ancianas, que no cuentan con familia y que no se pueden movilizar, dependientes de enfermería. Seguramente esto exige una internación en geriátricos con atención psiquiátrica, pero no hace falta que estén en un manicomio. Ni siquiera los pacientes psicóticos graves agudos lo necesitan; quizás exijan alguna internación en servicios críticos o algunas internaciones en algunos hogares, pero nunca en el manicomio.

Cuando el PREA habla del 20 ó 25 por ciento –al menos en nuestros hospitales, también habrá que censar y tipificar qué necesidades tiene cada uno–, se refiere a los pacientes con indigencia absoluta, es decir que no tienen recursos de ningún tipo y que el Estado se debe hacer cargo absolutamente de todo. Pero esto no significa que sean los únicos externables. Habrá que pensar distintos dispositivos.

Me quedan dos minutos, trataré de apurarme...

**Sra. Presidenta (Naddeo).** - Hacemos una ronda y después debatimos. O sea que podemos volver a intervenir más tarde.

**Sra. Cirianni.** - Está bien.

Quiero poner énfasis, además de todos los recursos y dispositivos que se necesitan en el exterior –extramuro–, en la necesidad de los recursos para externar. Eso es lo que nosotros llamamos “clínica de la externación”. Mónica se va a referir un poco más a este tema.

Yo soy parte del equipo que formuló el PREA, soy la coordinadora provincial de capacitación. Al dispositivo

de capacitación también lo consideramos un dispositivo clínico, que tiene que ver con la atención del personal de salud de los monovalentes, que están tan damnificados como los pacientes y que necesitan la capacitación, pero no en un sentido académico, sino para reposicionarse como sujetos de atención, para brindar atención, para recuperar saberes, para adquirir otros y para transformar prácticas.

Es necesario un tiempo previo para preparar al paciente. No es fácil que el paciente cronicado salga. En la experiencia, nosotros llamamos a esto dispositivos de lazos o dispositivo escuela en el Estévez –el nombre no importa–. Hacen falta tiempo y recursos para poder externarlos.

Asimismo, quiero plantear que acá no se toma una de las experiencias –a mí modo de ver– más importantes del país, que es la de Colonia Oliveros en la provincia de Santa Fe. Yo llevo a la mayoría del personal a esa colonia. Cuando la gente dice que no se puede, hay que llevarla a un lugar donde vea que se puede.

La Colonia Oliveros de la provincia de Santa Fe bajó, en ocho años, de 1200 pacientes a 300. El director ha sido el doctor Pellegrini, quien hoy está en Salud Mental de la provincia. Realmente es una experiencia para ir a aprender: no han tenido ingresos y tienen cinco salas de admisión. Se atiende a los pacientes críticos, pero no entran. Trabajan en equipos. Es una experiencia para convocar, para visitar y hoy está vigente.

Muchas gracias.

Intervención de la Sra. Mónica Cuschnir, del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida de la provincia de Buenos Aires

**Sra. Cuschnir.-** Buenas tardes.

Es tanto lo que hay para contar que no se por dónde empezar.

Antes que nada, quiero hacer referencia a algo que planteó la legisladora Diana Maffía respecto del tema de los subsidios y de su manejo.

Por un lado, hace seis o siete años, en la Colonia de Open Door se generó un subsidio para externación provisto por el Ministerio de la Familia de la provincia de Buenos Aires. En su momento fue de 280 pesos, y hoy sigue siendo del mismo importe.

Por otro lado, hace unos años se han gestionado las pensiones por discapacidad, que tuvieron un auge bastante importante gracias a que su otorgamiento se produjo en forma más eficiente y rápida, y logramos que se externaran muchos pacientes más –respecto del número total–.

Una de las cuestiones relacionadas con el manejo de esos recursos por el paciente tiene que ver con si el paciente está comprendido en los términos del artículo que establece si es insano o incapaz.

Si es insano, necesita un curador, que es quien maneja los recursos del paciente. Con algunas curadurías es fácil hablar, agilizar los depósitos de dinero y que autoricen a que el paciente vaya a cobrar su pensión al banco. En otros casos es más complicado: depositan por cuentagotas y esto hace la externación bastante difícil. Sostenerse afuera con ese bajo recurso, y encima recortado, se hace bastante difícil.

El tema de los subsidios y del manejo tiene que ver con si el paciente tiene que tener o no curador. Y, en el caso de que lo tenga, con agilizar el modo en que las curadurías se manejan con sus curados.

En cuanto a la vivienda, como decía antes Maluca, el programa prevé que el Ministerio designe un monto y asigne una partida especial para alquilar casas para que los pacientes puedan externarse.

Nosotros comenzamos con el programa de capacitación en servicio, que coordinó Maluca con su equipo, en el año 2000. En el año 2001 se produjo la primera externación a la primera casa, con capacidad para cinco personas, que en su momento alquiló la Cooperadora del Hospital, con la idea de que luego se iba a gestionar que el Ministerio pagara ese alquiler, y así deslindar de la posibilidad a la cooperadora. La resolución así lo establece, pero la realidad no es esa. Nunca se logró hacer los trámites como correspondía para que el Ministerio aportara el dinero, con lo cual, en determinado momento el programa se detuvo con cinco pacientes afuera y no teníamos más modo de externar a nadie. Esto significó que nos afiláramos uñas y dientes, y de cuarenta trabajadores que habíamos sido capacitados al inicio del programa quedamos cuatro. Estoy hablando del Hospital Cabred, donde yo trabajo.

Hoy seguimos siendo cuatro, con lo cual todo el trabajo que se vino haciendo a lo largo de estos años tuvo que ver con una férrea apuesta a querer otra cosa que el manicomio y a la resistencia de cada uno, con sus análisis y con lo que cada uno pudo apelar.

Por supuesto, se siguió adelante con esta casa en la que se había logrado externar cinco pacientes. Entonces, nuestro trabajo contempla una visita domiciliaria semanal, a menos que se requiera, por una demanda especial, más frecuencia, pero ese es el promedio. La condición es que los pacientes sigan el tratamiento ambulatorio, algunos en el Hospital, otros lo pueden hacer por PAMI en Luján, en los dispositivos de atención que hay en el lugar, o en la municipalidad si no tienen obra social.

La condición para ser externado es continuar el tratamiento ambulatorio. Una vez por semana reciben de la Colonia los alimentos crudos, la medicación gratis y la visita domiciliaria de este equipo.

En este trabajo previo, del que hablaba Maluca, el tiempo que cada paciente requiere es subjetivo: cada uno, de acuerdo con su progreso, va estando listo para irse en distinto momento.

Reitero, las condiciones que pactamos con los pacientes para que se externen, bajo el programa, son que cumplan con el tratamiento ambulatorio. Es decir, la consulta psiquiátrica mensual, la asistencia psicológica cuando está establecido el tratamiento –en algunos casos con más frecuencia y en otros con menos– y una visita domiciliaria semanal del equipo de PREA. Por supuesto, la primera condición que pedimos es que quieran salir. La convocatoria está abierta a que los pacientes asistan al programa, si quieren. No hay presión para que se vayan.

En cuanto a las viviendas, a partir del subsidio original de 280 pesos –que en su momento tenían un valor que no es el de hoy– y de las pensiones que se fueron consiguiendo, pudimos lograr que se armaran grupos de dos, tres y cuatro pacientes –pero nunca más de cinco, porque no queremos convertir las casas en pabelloncitos– y que se reunieran para abaratar costos y buscar alquileres de casa en los alrededores de la Colonia, ya sea en Open Door o en Luján. De esa manera, con toda la dificultad que significa conseguir alquileres sin garantía, depósito y todo lo que requieren normalmente, pudimos tener diez casas y dieciocho pacientes externados. Esto se logró gracias a muchos años de trabajo de cuatro personas.

Hubo otros pacientes que salieron a través del PREA; algunos lograron independizarse del programa; uno formó pareja y se fue a vivir a Moreno con su pareja, es decir que ya no tiene relación con el programa.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- ¿Diez casas para dieciocho pacientes?

**Sra. Cuschnir.**- Sí, hay algunas casas en las que vive una persona, porque algunos quieren vivir solos.

**Sra. Cirianni.**- Algunos viven solo en una casa, y otros viven de tres o de a cuatro en una misma casa.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Le pregunto esto, porque diez casas para dieciocho pacientes parece poco. Pero me dice que hay varios que prefieren vivir solos.

**Sra. Cuschnir.**- Sí.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- ¿Y la provincia paga el alquiler?

**Sra. Cuschnir.**- No. La provincia de Buenos Aires no paga nada. La cooperadora paga el alquiler de la primera casa. Todas las demás casas las pagan los pacientes con su pensión, con todo lo que significa pagar la luz, el gas, el desodorante, la lavandina, la vestimenta, etcétera, con 800 pesos por mes. Por ello, cuando leí el proyecto de ley dije esto es “Argentina año verde”.

**Sra. Glas.**- ¿Ése es el monto de una pensión?

**Sra. Cuschnir.**- Sí, actualmente, la pensión por discapacidad es de 830 pesos. Algunos tienen pensión derivada y, entonces, cobran mil y algo; mil cien pesos.

**Sra. Cirianni.**- Voy a hacer una pequeña observación.

¿Saben por qué el Ministerio no puede alquilar casas? Pregunto esto, porque son detalles que me parece que también hay que tener en cuenta cuando se sanciona o se reglamenta una ley. En realidad, no es que no hay dinero, sino que no hay antecedentes. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires nunca tuvo que alquilar casas. En consecuencia, esto de alquilar casas no está incorporado en las cuestiones administrativas de la provincia de Buenos Aires.

La única casa que alquilaba el Ministerio de Salud de la provincia es la casa del ministro. Todo lo demás no estaba contemplado en las normativas administrativas. En su momento fue muy difícil que se agregara. Por eso es que decidimos que los pacientes alquilaran con su pensión.

**Sra. Cuschnir.**- En relación con este mismo tema al que se refirió Maluca, quiero agregar que también se nos complica la asistencia afuera de la colonia.

El programa prevé la reconversión de recurso, que se haga capacitación en el personal para reconvertir el recurso y que se formen equipos territoriales que puedan accionar afuera, dedicar un tiempo al trabajo de preparación de la externación y a otros trabajos mientras haya pacientes internados, pero también necesitamos de un sostén muy fuerte de equipos territoriales afuera de la colonia. Y sin esos equipos, sino sólo con estas cuatro personas que les comenté que somos del PREA, eso ya nos generó problemas, porque en determinado momento nos planteaban que el seguro no nos cubría si nosotros salíamos de la colonia y que eso no estaba contemplado en la normativa. Ese tema todavía está sin resolver.

- No se perciben las palabras de un asistente.

**Sra. Cuschnir.**- En la provincia de Santa Fe está armado de otro modo.

Después si hace falta les cuento un poco más.

**Sr. Bodnar.**- ¿Cuántos profesionales son en la colonia y en la provincia?

**Sra. Cuschnir.**- En este momento no sé cuántos profesionales somos en la colonia, pero estimo que cien.

**Sra. Cirianni.**- La pregunta es: ¿cuántos profesionales son en la colonia? o ¿cuántos en el PREA?

**Sra. Cuschnir.**- En el PREA, somos cuatro: una enfermera y tres psicólogas.

**Sra. Cirianni.**- En el Estévez son ocho...

**Sra. Maffia.**- Por favor, no se olviden de utilizar el micrófono, porque los taquígrafos están registrando la reunión.

**Sra. Cirianni.**- En el Estévez son ocho asignados al PREA y en el Melchor Romero no sé en este momento, porque hay un servicio de externación que no pertenece al PREA. Pero entre el Estévez y el Cabred son doce personas y en el equipo de capacitación provincial somos 4 personas.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Aquí en la Ciudad sí hay antecedentes de alquileres, por lo que ha habido jurisprudencia y antecedentes. Por consiguiente, aquí no debería ser un problema. De hecho, la Casa de Medio Camino, que se inauguró hace poco tiempo, es alquilada.

**Sra. Cirianni.**- Pero es distinto porque es alquiler para personas, no para servicios.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Luego podemos hacer los intercambios.

Con respecto al tema de la responsabilidad, hay una ley en la Ciudad de Buenos Aires que protege las salidas y el traslado de los pacientes, pero no está reglamentada. Justamente, estamos tratando de averiguar eso para el Hospital Borda. De manera tal que se trata de un tema que tendríamos que impulsar desde la comisión, es decir, la reglamentación de la Ley 2.136. Creo que es esa ley.

-Murmullos en la sala.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Se trata de la Ley 2.136 de la Ciudad de Buenos Aires que establece la cobertura en responsabilidad civil y el seguro para los traslados de pacientes que hacen trabajos o emprendimientos sociales cuando, por ejemplo, van a vender sus productos del microemprendimiento a una feria o a un taller. La verdad es que estuvimos averiguando con los pacientes de distintos emprendimientos y hay alguna dificultad, ya que todavía ese tema no tiene una reglamentación muy clara. En ese sentido, tendríamos que lograr ampliar un seguro. En realidad, es el Ministerio de Salud el que tiene que ampliar un seguro para los profesionales o para otro tipo de servicios. Pero ese tema aún está pendiente. La verdad es que se trata de una pequeña cuestión, pero produce mucha preocupación en los profesionales que son responsables de la salida de los pacientes.

**Sra. Maffia.**- No lo tenía el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes para los operadores de calle que trabajan contra la prostitución infantil; ellos no tenían ART, así como tampoco lo tenía la Dirección de Niñez.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Eso sucedía con todo el personal contratado, ya que aquellas personas con contrato de locación de servicio no lo tenían. Pero, claro, esto es para los pacientes. Sin embargo, aquí hay una ley especial que debería cumplirse.

El tema que estamos tratando es residencias y casas de convivencia. Es decir, lo que ustedes han planteado hasta el momento tiene que ver con la externación.

- No se perciben las palabras de la señora Cirianni, quien habla sin micrófono.

Intervención de la Sra. Graciela Russo, Directora de Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Le damos la palabra a la señora Graciela Russo, Directora de de Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental.

**Sra. Russo.**- Buenas tardes.

Ante todo, quiero agradecer la invitación a participar de esta mesa.

Creo que es sumamente interesante que un grupo de personas que conformamos el trabajo cotidiano en el área de Salud Mental podamos intercambiar opiniones, verter nuestras ideas y, básicamente, poner de manifiesto el cambio de paradigma que, como dijo recién Maluca, se ha venido sosteniendo a lo largo del tiempo y que es imposible de detener.

Nosotros pertenecemos a una institución de rehabilitación en salud mental que tiene una larga historia. Somos un grupo de profesionales que en los últimos años ha crecido en una institución que tenía una ideología también asilar.

Desde el año 2006 el equipo profesional accede a la conducción de la institución y empezamos a trabajar



con lo que consideramos una ideología que realmente tenga que ver con lo que se debe trabajar con un paciente para su habilitación o rehabilitación.

Me gustaría explicar esos términos que son usados cotidianamente por los trabajadores del equipo interdisciplinario. Nosotros tenemos médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y enfermeros que trabajan cotidianamente con los pacientes, a los que se suma el equipo de auxiliares de rehabilitación. También contamos con un tratamiento ambulatorio en distintas sedes en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que oferta un tratamiento dirigido a la rehabilitación o la habilitación, como dije antes.

Ahora, ¿qué es rehabilitar a una persona? Para nuestro concepto, una persona que tiene un padecimiento psíquico es un sujeto de derecho. “Rehabilitar” significa, ante todo, que esa persona conozca cuáles son sus derechos como ciudadano argentino; que esa persona pueda restablecer los lazos sociales que ha perdido por distintas situaciones ligadas a internación o a la evolución de la enfermedad; evitar que esa persona vuelva al circuito de internación, lo que nosotros llamamos “la puerta giratoria”, porque en la historia de nuestro país –y ya lo han hablado los compañeros– se puede ver que se ha puesto el mayor énfasis en la prevención secundaria. Todas las acciones en el ámbito de salud se ligaron a tratar de paliar la situación de enfermedad y no a trabajar sobre algo que es eje nodal en el cambio del paradigma, que es el potencial de salud.

Cualquier persona con cualquier padecimiento psíquico tiene un área de salud. Nuestra tarea, para hacer una síntesis de hacia qué apuntamos en talleres terapéuticos de rehabilitación de salud mental, es tratar de desplegar ese potencial de salud a través de las actividades pautadas por el programa que se ligan, muchas veces, a actividades de oficio como la carpintería, la herrería, la pintura, tareas administrativas o tareas de imprenta. Nuestro destino no es lograr que los pacientes se transformen en oficiales herreros o carpinteros. El destino es que los pacientes recuperen sus derechos y que las familias se comprometan. Nosotros, desde el inicio del tratamiento, convocamos a las familias con multifamiliares mensuales, porque creemos que es pilar fundamental de la asistencia de este tipo de problemática incluir a la familia.

Como muy bien decía la legisladora Maffía, los manicomios no están en los muros, sino que están en la cabeza de cada uno de los trabajadores de la salud mental. Creo que podemos articular –con todas las deficiencias que tenemos y con el largo camino que hay por delante– y exigir una política de salud que permita que estos efectos se articulen con presupuesto, con posibilidad de crecimiento y con la otra pata tan importante que es el área de Desarrollo Social, porque la patología en salud excede muchas veces al plano en que los propios efectores, nosotros, podemos dar respuesta cabal.

Mi idea era transmitir un poco lo que es nuestra experiencia. Muchos de nuestros pacientes se han incorporado a los emprendimientos que desarrollan distintos dispositivos. Muchos de nuestros pacientes han logrado una reinserción laboral escasa, con toda la dificultad que existe para que una persona con padecimiento psíquico, o que relata que ha tenido algún problema psíquico, sea incorporado –la ley no se cumple–; y muchos de nuestros pacientes se han incluido a una vida social que antes no tenían: la sociedad de fomento, el club del barrio, la huerta, la asociación con un grupo de amigos, la práctica de un deporte. Todo esto que, a veces, parece menor, en el mundo de una persona que se remitía a concurrir una vez por semana o una vez por mes a control farmacológico en un hospital es muchísimo, y es a lo que creo que tenemos que seguir apuntando y tratar de seguir creciendo.

Con respecto a la derivación, nosotros atendemos a casi el 80 por ciento de pacientes ambulatorios y nuestra derivación proviene, básicamente, de los efectores de la red y muchos de obras sociales. La idea es continuar avanzando. Nosotros tenemos una ley, la 955, que es de talleres protegidos y marca el funcionamiento del dispositivo y la necesidad –que lo hemos presentado en múltiples oportunidades a las autoridades en cada momento– de armar la red de talleres periféricos en la Ciudad de Buenos Aires. En este momento nosotros tenemos talleres en la zona de Barracas, en la zona de Once, en la zona de Flores y todavía no pudimos lograr la apertura de un taller terapéutico de rehabilitación en la zona norte de la Capital porque, evidentemente, no hay interés en propiciar la multiplicación de este tipo de dispositivos.

Esto es, básicamente, lo que les quería transmitir. Ahora quiero pasarle la palabra a mis compañeros y, además, les agradezco la invitación.

Intervención de la Sra. María Teresa Quartino, Jefa de servicio del Hospital de Noche del Hospital Borda

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Le damos la palabra a la licenciada Quartino del Hospital de Noche del Hospital Borda.

**Sra. Quartino.**- En principio, estoy agradecida porque me parece que este intercambio va a ser provechoso y fructífero para todos. Participamos de un sistema de salud mental y es bueno que estemos en contacto para conocernos y saber qué hacemos todos nosotros para, inclusive, incorporarnos –en lo posible– a distintas actividades. Digo esto porque, por ejemplo, hay pacientes que se están tratando en el Hospital Borda que, a lo mejor, pertenecen a alguna

localidad de la provincia de Buenos Aires y es bueno contar con este vínculo para ayudarlos a hacer un proyecto también en la provincia de Buenos Aires.

Voy a hacer referencia al Hospital de Noche y también a la Casa de Medio Camino, que es la única que forma parte del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad y pertenece a este mismo equipo que hace el respaldo terapéutico de ambas residencias. La Casa de Medio Camino hace aproximadamente quince días inició las obras de remodelación con una licitación pública y, según lo que dice la empresa a cargo, dentro de dos o tres meses estaría puesta en funcionamiento de nuevo con toda la remodelación, incluido el mobiliario. Nosotros vamos a hacer el seguimiento permanente porque una cosa es todo lo que está escrito y otra lo que se produce al final en el resultado con el tema de las empresas y demás. También seguimos de cerca la remodelación del Hospital de Noche que nos lo entregaron remodelado hace dos años.

Nosotros tenemos historia desde 1994 cuando se incorporan ambos dispositivos a la estructura del Hospital Borda. La intención era brindarle, al momento posterior al alta médica y judicial de los pacientes del hospital, un recurso adicional para que accedan a un proyecto más provechoso dentro de la comunidad una vez que se fueran de estos dispositivos. Así que, en realidad, es un espacio de rehabilitación psicosocial en donde los que se incorporan a estas residencias ya están de alta médica y judicial. Son ciudadanos comunes que establecen con nosotros un contrato terapéutico en el que se establecen las normas que tiene el dispositivo y ellos firman esto con el equipo terapéutico. En principio, el contrato es por tres meses y con posibilidad de recontractar en función de los progresos que se consigan en el programa y de cada uno de los pacientes que se incorporen, porque de los que ingresaron al dispositivo hay pacientes de distintos tiempos de internación, razón por la cual esta posibilidad de rehabilitación tiene que ver con esos tiempos. Una cosa es un paciente que ha transitado una emergencia y se incorpora a posteriori de dos o tres meses al dispositivo del Hospital de Noche o la Casa de Medio Camino y, otra cosa, son los pacientes que ya tenemos desde hace diez, doce y veinte años de inclusión en el hospital psiquiátrico.

Nosotros tratamos de que los pacientes se incorporen a la vida cotidiana, incluso, a través del trabajo en actividades de todos los días, de la vida cotidiana y del trabajo común. En general, hacemos un enlace, si es que ya no vienen de la parte de internación, con talleres protegidos donde –como acaba de decir la doctora– se hacen muchísimos trabajos en función de poner marcha a alguien, en función del cumplimiento de horarios, que sepan tener un jefe, que sepan aceptar una orden, que tengan un horario de trabajo, porque eso los prepara; es un primer escalón para otras opciones.

Muchos de ellos tienen subsidios, algunos respaldados por curadores; por lo que ustedes ya saben, en algunos casos es indispensable. En otros casos, no. Cada uno de ellos, dispone de una caja de ahorro en la que depositan su dinero. Con su terapeuta individual trabajan cómo va a distribuir esos recursos durante el mes y van diseñando su proyecto familiar, económico y laboral.

Hay un profesor de computación que les enseña actividades básicas de computación, porque es una de las herramientas que les reclaman en la mayoría de las actividades en las que ellos se pueden incorporar. Eso les permite, a través del taller pre-laboral y laboral, hacer su propia historia de vida laboral y ver cuáles son sus dificultades en las tareas. A veces nosotros aconsejamos no volver a incluirse en oficios que ya han tenido porque, justamente, son los que los llevaron a las dificultades que tienen, y los preparamos para que se incorporen a distintas mutuales y obras sociales donde les dan cursos de capacitación que les permitan tener otros oficios, en algunos casos.

La Casa de Medio Camino es un espacio superador del Hospital de Noche, y en cada uno de estos dispositivos se trabaja toda la vida cotidiana. Ellos son los encargados de elaborar la comida. Dentro del Hospital Borda es el único servicio en el que quienes residen se elaboran la comida. Por supuesto, en este momento no tenemos gas, lo que es de dominio público. Por lo cual la comida se la traen ellos por razones obvias. Ellos la retiran para elaborarla de la misma cocina que fabrica la comida para los demás y la elaboran siguiendo un listado. Hay dos personas que todos los días, mañana y noche, se encargan de elaborar solidariamente la comida para los demás. Después está todo lo que tiene que ver con la limpieza y con el cuidado de su ropa; es decir, con todas las actividades de la vida cotidiana.

Nosotros estamos desde 1994. Por supuesto, hemos sido precursores de la Ley 448. Uno de los efectores que propone la ley es éste, justamente. Pero nosotros ya teníamos historia. Hacemos un curso en docencia e investigación de estas residencias e incorporamos a los profesionales a formar parte de las actividades cotidianas

El esfuerzo del Hospital de Noche está instalado de lunes a viernes en las distintas actividades. Se llama “Hospital de Noche” porque el esfuerzo está puesto a partir de las seis de la tarde. Los pacientes se quedan solos exclusivamente los sábados y domingo. Nosotros tenemos guardias pasivas, porque los pacientes disponen del listado de todos los teléfonos del equipo profesional, por si tuvieran alguna necesidad de hacer alguna consulta o pedir alguna ayuda en alguna circunstancia.

Hasta este momento, en este tiempo, hemos trabajado con alrededor de 300 grupos. Y tenemos casi el 70 por ciento de los pacientes incluidos en el afuera; han recuperado sus parejas y sus familias; han sido incluidos en trabajos que habían perdido y, en otros casos, están con una actividad laboral como cualquiera de nosotros.

No sé si alguien quiere hacer alguna pregunta. Luego podría hacer algunas aclaraciones respecto de la ley.

**Sr. Bodnar.-** El horario es desde las 18, ¿hasta qué hora?

**Sra. Quartino.-** Hasta alrededor de las 22 horas.

**Sra. Presidenta (Naddeo).-** Claro, porque, en realidad, los pacientes, durante el día trabajan. Y vuelven a la noche.

**Sra. Quartino.-** La mayoría trabaja y vuelve alrededor de las seis de la tarde. Por eso las actividades se hacen a partir de ese horario. Se les permite que tengan su desempeño.

En la Casa tienen actividades terapéuticas. Se hacen dos por semana. En algunos casos, en las asambleas mensuales se suman los dos grupos. En realidad, por ser el mismo equipo, estamos trabajando muchas veces con los dos grupos: los de Hospital de Noche, cuando la Casa no estaba en reparaciones, se trasladaban para formar parte del espacio terapéutico que se hacía martes y jueves en la Casa de Medio Camino. Así que participaban de lugares comunes.

Intervención de la Sra. Pilar Vandrell, del Equipo de Profesionales Latinoamericanos Contra el Abuso de Poder

**Sra. Presidenta (Naddeo).-** Tiene la palabra Pilar Vandrell.

**Sra. Vandrell.-** Buenas tardes.

Pido disculpas por la ausencia del doctor Alberto Méndez, que es mi compañero e iba a venir hoy. Él se retiró del Borda antes de asumir la dirección porque no quiso colaborar con la gestión Macri.

Los que conocen el trabajo de Profesionales Latinoamericanos Contra el Abuso de Poder –yo le voy a dar un giro diferente a esto, porque no puedo hacerlo de otra manera, ya que se me plantea una cuestión ética–, saben que hemos denunciado varias veces al Gobierno de la Ciudad por el desmantelamiento y el abandono de personas que está haciendo especialmente en los hospitales de salud mental.

Sabemos de la preocupación de las diputadas Naddeo y Maffía. A mí todo esto me parece excelente. Casi no tengo nada para agregar. Pero, cuando los escucho hablar, lo digo con todo respeto, me parece que están hablando de otro país o de otra ciudad. Porque en este momento estamos en emergencia. Hay prácticamente un exterminio de los pacientes. No es que estamos un rato sin gas. No hay gas, no hay agua caliente, la comida llega como llega. La mayoría de los traslados de los que tomamos conocimiento –lo que también hemos denunciado– ha sido ilegal. Hay denuncias de muertes de pacientes. Lo tenemos todo investigado y comprobado.

Varios de nuestros grupos han trabajado en la ley...

- Manifestaciones en la sala.

**Sra. Vandrell.-** Soy psicóloga y coordino la ahora Asociación Civil de Profesionales Latinoamericanos Contra el Abuso de Poder.

Estamos preparando una denuncia un poco más amplia contra el Gobierno de la Ciudad, no sólo por abandono de personas, sino por abandono de las responsabilidades de gobernante. Por esto me resulta muy difícil hablar de un proyecto –el cual, insisto, me parece excelente– en un momento en el que nuestros hospitales están arrasados.

¿De qué externación asistida podemos hablar si no sabemos si vamos a tener pacientes? Insisto en esto: el proyecto me parece muy bueno y también la idea de trabajarlo. Pero si no logramos revertir la otra situación primero, no vamos a tener pacientes ni hospitales.

Quiero decir lo siguiente: nosotros no hacemos ninguna denuncia que no tengamos comprobada. Están las pruebas a disposición de aquellos que las quieran ver. Además, está el Boletín Oficial. No hay mucho que buscar. Tenemos todas las pruebas del negocio inmobiliario, tenemos todas las pruebas de lo que se quiere hacer con los corredores de los hospitales. Tenemos todas las pruebas de lo que se quiere hacer con lo que queda de los hospitales y con esos lugares a los que están trasladando a los pacientes los que, insisto, la mayoría son ilegales; han pertenecido a Ferrobaires. Esto lo tenemos denunciado, no lo denuncié ahora.

- Manifestaciones en la sala.

**Sra. Vandrell.-** Lo que ocurre es que previamente había pertenecido a la obra social de los ferroviarios.

Este es el dilema ético que se me plantea. O me quedo callada y discuto un proyecto que insisto, me parece excelente, sobre una base de situación que es imposible de sostener, o digo qué es lo que nuestra asociación hace. Por esto recibí amenazas. Y no sólo las recibí yo.

Me parece que la situación de la salud es tan grave en el Gobierno de la Ciudad que, si no hacemos algo, nos van a internar a nosotros en alguna parte. Insisto, no tengo problema en aportar algo a la cuestión, ni en contestar

algo referido al proyecto. Pero, por ejemplo, hoy, si no me informaron mal, los pocos calefactores que habían prendido hicieron saltar todo el sistema de luz. Entonces, no hay gas, ni agua caliente para pacientes que son difíciles de por sí. Yo ahora no trabajo en hospital, pero lo hice muchos años. Es muy difícil que se puedan mantener con higiene, vestidos; son enfermos mentales graves. Sin asepsia, sin luz, sin agua, sin gas, tomando la medicación como pueden y comiendo como pueden, es muy difícil mantenerlos. No veo de qué otra manera podemos enfocar el problema si no es con lo que estoy diciendo.

Les pido a todos que además de aportar ideas sobre el proyecto, aportemos ideas sobre cómo salir de esto. Porque no es solamente un problema del hospital monovalente; lo que está mal no es el hospital monovalente. Como decía la diputada Maffía, el problema no son las paredes, sino la mentalidad.

Además, el hospital monovalente –especialmente el Borda– tiene cirugía, clínica, quirófano y todo lo necesario para estar abierto a la comunidad, para reciclarse y convertirse en un hospital semi-polivalente, donde ya ni siquiera los pacientes internados ahí tengan que salir, sino que puedan recibir desde la comunidad. Todo lo demás es mentira.

Yo no sé si les cae bien lo que estoy diciendo o si me estoy saliendo demasiado del tema. Insisto: para mí, es una cuestión ética. Nuestra organización ha hecho la denuncia pública; hemos estado en varios medios. No podíamos quedarnos callados. Veo que en otros lugares del país realmente se puede hacer y que hay experiencias muy buenas. Cuando acá se pueda hacer, también va a ser muy buena. Pero lamentablemente con esta gestión del Gobierno de la Ciudad va a ser imposible, si es que alguno de nosotros sigue trabajando después.

Agrego una última cosa. Como psicólogos, se nos quiere implementar un retroceso a la época en que trabajábamos en la ilegalidad. ¿De qué manera? Se quiere imponer un supuesto enfrentamiento entre las neurociencias y la psicología. Esto tiene que ver con el negociado de los laboratorios de los medicamentos. Nosotros no coincidimos con esa oposición, porque creemos que la psicología y la psiquiatría son complementarias; son disciplinas diferentes, pero afines. No se cumple con la Ley 448 ni con la interdisciplina porque está todo en manos de ciertas direcciones médicas que consideran que los demás siguen siendo técnicos. Además, a algunos de nosotros se nos otorgan funciones que tampoco se pueden cumplir. Entonces, se da cierta paradoja, pero hay que verlo en la ley.

En definitiva, hay un desmantelamiento total de la salud, en especial de la salud mental. Esto es todo lo que les quería decir.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Vale la pena aclarar que todos los que estamos presentes estamos comprometidos con la lucha por la aplicación de la Ley de Salud Mental y tenemos una postura tomada en la reformulación del sistema de salud y en garantizar el derecho a la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires.

Esta reunión tiene un objetivo muy específico: instalar la discusión que nos permita abrir algunos caminos en función de la actividad legislativa y apostar a los cambios que seguramente vendrán después del 10 de julio. Estamos todos haciendo el esfuerzo en eso.

Intervención de la Sra. Adriana Meléndez, Jefa del Hospital de Día del Hospital Tobar García

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Tiene la palabra Adriana Meléndez, Jefa del Hospital de Día del Hospital Tobar García.

**Sra. Meléndez.**- Buenas tardes.

Muchas gracias por la invitación. Para mí es un honor ser parte de esta mesa.

Cuando estaba con los apuros de la obra y en las interpelaciones que se hacían en esta Legislatura al Secretario de Salud Mental, me acuerdo que cuando gritaba Gabriela Alegre me decía: “Tranquila, doctora, ya va a llegar”. Y la verdad es que para mí es una emoción sentir y saber que gracias a ustedes hoy estoy acá, formando parte de esta mesa.

Voy a hablar del Hospital Tobar García. La diferencia que tiene con el resto es que el hospital es para niños, niñas y adolescentes. Fundamentalmente, voy a hablar del dispositivo del Hospital de Día.

Traje escrito un recorrido que voy a resumir. El Hospital de Día del Hospital Tobar García comenzó su actividad juntamente con su inauguración, en el año 1968. Reflexionamos incesantemente sobre la problemática del sufrimiento subjetivo de niñas, niños y adolescentes y marcamos desde siempre la particularidad del compromiso y la presencia de fuertes ideales. ¿Por qué digo esto? Porque sin lugar a dudas –todo lo sabemos– estamos transitando una época en que la caída de los ideales está a la orden del día; el ideal del yo está sustituido por el yo ideal. Por suerte, en el Tobar García todavía tenemos fuertes ideales de los que nos estamos agarrando cada vez más.

Las modalidades en ese momento eran equipos de atención móviles, líderes, salidas; había aperturas en los lugares de encierro. Hasta que el golpe militar del año 1976 produjo el quiebre institucional y todos quedamos encerrados. Vuelta la democracia, lenta y paulatinamente se fueron retomando modalidades y recién después de los '90 se comenzaron a formar nuevamente los talleres que fundamentan su quehacer en la reconstrucción de una escena de ficción que les permite a las niñas, niños y adolescentes dejar una posición de objeto del otro para poder jugar algún personaje posible, entendiendo que este pasaje implica un movimiento subjetivo y un verdadero salto cualitativo en la constitución psíquica de esos niños.



A posteriori, cuando nos empezamos a animar, surgió el proyecto de las salidas, y se ubicó al niño en otra escena que no fuera la del hospital psiquiátrico. Empezamos a salir para propiciar la reconstrucción del lazo, sobre todo de las madres que estaban selladas a la mano del niño. Era muy emocionante cuando nos decían que por primera vez habían salido a pasear a una plaza o a un zoológico con sus hijos, porque no los podían contener. Y nos reíamos cuando se perdían en el zoológico con sus hijos porque estaban muy emocionadas y contentas. Ellos nos devolvían la importancia de tener en cuenta sus sentimientos.

Se agregaron muchos talleres y espacios donde siempre están presentes los acompañantes terapéuticos, figura fundamental para los hospitales de día. Se referencia con los pacientes en un uno a uno. Todos los integrantes del servicio participan de estos espacios: psiquiatras, psicólogos, analistas, trabajadores sociales y enfermeros; todos forman parte de los talleres.

Estos talleres están orientados a favorecer la actividad lúdica y la socialización del paciente. Es decir, a generar lazos sociales y favorecer el despliegue de producciones individuales y grupales.

Luego se les dio lugar a los comentarios de los padres que reproducían en los pasillos: protestaban, se quejaban, hablaban. Los hicimos entrar y se empezaron a armar las reuniones de padres, que se llamaron "reuniones de familiares". Los invitamos a poner palabras que nombren y frenen situaciones, para favorecer la situación de un niño como sujeto y no como objeto. Tuvieron una participación absolutamente activa. De hecho, en el Día del Niño, en las fiestas de fin de año y en los paseos a la Ciudad de los Niños participan los padres haciendo obras a los chicos. Desarrollan una actividad importante que no es mayor porque está disminuida la capacidad edilicia del hospital por las obras. En el Hospital de Día está pensada una parte para los padres y para los niños.

Los tratamientos se realizan con un tiempo máximo de tres años. Hago hincapié en que primero hay equipos de recepción del paciente y en el último año, cuando va a ser externado, para el alta se trabaja con los padres la salida de ese niño o niña.

- No se perciben con claridad las palabras de la diputada Naddeo, quien habla sin micrófono.

**Sra. Meléndez.-** Se firma un contrato por tres años, renovable por año. Ahora se están renovando cada 3, 6, 9 ó 12 meses, porque vemos que están faltando y desertando muchos por la imposibilidad de viajar, de dejar a sus hermanitos con otras personas o por tener que llevarlos al colegio. Por eso son importantes –y me pareció interesantísimo que esté en el proyecto de ley– los acompañantes terapéuticos, que van a solucionar muchísimo estas cuestiones.

Como les decía, en el último año de este contrato se trabaja en forma grupal la salida de estos chicos; es decir, el alta.

**Sra. Glas.-** ¿De qué edad son los chicos?

**Sra. Meléndez.-** Hoy puedo decir que hay chicos desde un año y medio hasta diecisiete años. Antes, hace muy poco tiempo, hubiera dicho que estaban entre los ocho y los diez. La mayoría de los niños tratados son pequeños, de entre tres y cinco años. Es impresionante cómo ha crecido el número de niños pequeños.

Utilizamos el significante límite, que nos remite a dos zonas, espacios o tiempos; de mínima dos. A su vez, espacio y tiempo se entrecruzan en un juego, en donde a través de los cortes que les vamos introduciendo, vamos armando ese juego de diferencias o más bien la posibilidad de la diferencia, ya sea a través de espacios concretamente demarcados, espacios de tiempo –duración de reuniones, de tratamientos, diferencia de edad, de espacios compartidos o no–, así como de criterios entre profesionales, de disciplinas, de experiencias, de conceptos. Por lo tanto, los que trabajamos también quedamos tomados por la misma lógica. Es decir que las reuniones de equipo, de servicio, ateneos clínicos, supervisiones y renovación anual de coordinadores de equipos son todos modos de dejarnos tomar por la lógica del "no todo", es decir, la lógica de lo limitado. Porque todo no se puede, porque hay una interdicción inaugural que plantea que algo queda en pérdida por estructura, que es posible entonces que la escena del encuentro se arme y se produzca; solo de esa forma se puede producir.

Las decisiones en el servicio son consensuadas participativamente en reuniones horizontales; menos aún quedan libradas al azar las modificaciones que sobre el dispositivo se realizan, ya que sabemos que una modificación en un aspecto traerá consecuencias sobre todos los demás.

Respecto del dispositivo, sabemos que en él conviven diferentes discursos. Las estrategias son pensadas en conjunto con artes propias de implementación individual.

El equipo interdisciplinario preserva y permite trabajar con el encierro, sea en la forma que fuere, porque el lazo al otro, el encuentro con el otro produce el efecto pacificador de sabernos castrados.

El Hospital de Día lo hacemos un grupo extensísimo de profesionales, acompañantes terapéuticos, analistas, enfermeros, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, cocineros, secretarios y también los supervisores;

todos trabajamos con los chicos. Configuramos así el trabajo clínico, en el que creo que el denominador común es la necesidad del deseo de cada uno y, lo más complicado, soportar las diferencias. Siempre insisto mucho en esto: lo más difícil es soportar las diferencias.

**Sr. Bodnar.-** No solo en el Hospital pasa eso. (Risas)

**Sra. Meléndez.-** Por eso lo digo.

Allí es donde nos encontramos con lo cotidiano de la falta de inscripción corporal –me estoy refiriendo a los niños, pero no quiere decir que no pase también en los adultos– y lo agotador de la no instancia discursiva de estos niños, esperando lo inesperado, prestando nombres que ordenen, intentando renunciar a las certezas –difícil–, resistiendo al formalismo y utilizando continuamente la creatividad. Todo esto suena muy fácil, pero es muy difícil.

Freud dijo: “Es dable pensar que la enfermedad y la muerte ocurren por falta de proyecto y deseo antes de que por razones biológicas”. Bien sabemos que este decir no solo es válido para el ser humano, sino también para las instituciones que generan la muerte.

Quiero decirles a todos que este Hospital de Día está bien vivo y bien fuerte, a pesar de los intentos del Gobierno de la Ciudad. Ustedes saben lo que han hecho con las obras, que el único servicio que se terminó es el del Hospital de Día y que todo quedó muy lindo, pero estamos compartiendo espacios grandes. Por ejemplo, tuvimos que compartir el espacio con Externos, con Laboratorio, con Residencia y con un montón de servicios. La capacidad laboral está reducida a la mitad; en vez de estar atendiendo a 120 chicos, estamos atendiendo a 50. Ramón Carrillo afirmaba que “La salud es una decisión política”. Creo que nada es casual.

A lo largo de muchos años hemos estado formando gente que puede habilitar hospitales de día. Es por eso que nos ofrecemos desinteresadamente para armar y poner el cuerpo en lo que haga falta para estos proyectos. Creemos que todo esto no se puede llevar a cabo sin un equipo previo con un programa terapéutico establecido.

Me parece bien el subsidio, pero hay que tener en claro que el programa terapéutico tiene que estar bien establecido para que no se pierda su sentido y otras personas con otras ideas aprovechen y se produzca un vaciamiento institucional.

Es necesario redefinir las acciones. Urge la creación de nuevos dispositivos. Hay que ser coherente con lo deseado, lo trabajado y lo obtenido para no reproducir el síntoma. Esto se impone ya.

La salud mental, aparte de ser una palabra clave en nuestro lenguaje, es al mismo tiempo fuente de controversias personales, profesionales, públicas y muchas veces nos lleva a malentendidos. El hecho de clarificar lo que para cada uno de nosotros implica, nos dice en qué vereda de la vida estamos y hacia dónde estamos llevando nuestras apuestas. Nos faltan salidas para nuestros niños, viáticos, AT y médicos.

Después seguiremos charlando.

Intervención del Lic. Gustavo Bertrán, Jefe del Hospital de Día del Hospital Álvarez

**Sra. Presidenta (Naddeo).-** Tiene la palabra el licenciado Gustavo Bertrán, Jefe del Hospital de Día del Hospital Álvarez.

**Sr. Bertrán.-** Voy a tratar de no repetir lo que ya se ha dicho.

Este Hospital de Día se encuentra inserto en un hospital polivalente, en un hospital general. Es una división extraña para el Hospital Álvarez, porque ha estado en consonancia con la Ley 448 y con la ley nacional antes de que estas existieran. Es decir que somos un reducto raro.

Tenemos sala de internación, tres hospitales de día y consultación externa. El mayor problema que tenemos es el de los nombramientos. Tengo que decir, frustradamente, que en este hospital de día, que fundamos hace más de 16 años, soy el único rentado.

Hay muchos acá –como Ángel, a quien tampoco pudimos rentar– que han trabajado y hecho gestiones de todo tipo para generar los nombramientos. Pero esto no es casual. Esto es claro: existe una clínica del asilar.

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con hospitales de día sin espacio edilicio adecuado y sin nombramientos. Es decir, hospitales de día virtuales. De los trece hospitales generales, sólo dos tienen sala de internación: el Piñero y el Álvarez.

Es muy claro que esto no es casualidad. Hemos hecho gestiones y trabajado para que se abran en otros hospitales, como el Tornú, el Rivadavia o el de Niños. Si hablamos de un programa de externación que evite la puerta giratoria, necesitamos los dispositivos mínimos y básicos.

El promedio de internación en el Borda y el Moyano es de nueve años –ocho y piquito–. El promedio general de toda la Ciudad de Buenos Aires es de nueve años. El promedio en el Álvarez es de seis meses y en el Piñero es de tres meses.

El costo de cada paciente en el Borda y en el Moyano es de trece mil pesos por mes. El Hospital de Día, y acá entra el Hospital de Día que hemos fundado nosotros hace quince años, reduce costos al 25 por ciento. Esto no

se refiere a que se fundó en Rusia en 1935 pensando en la reducción de costos. No es lo importante del dispositivo como nosotros lo pensamos, sino que lo importante es evitar el costo psíquico, no sólo para los pacientes, sino para los familiares y también para nosotros como cultura.

Nosotros tenemos un depósito. El tratamiento que le damos al sujeto psicótico actualmente en la Ciudad de Buenos Aires es de depósito, de segregación. En este punto, nosotros definimos al Hospital de Día como dispositivo, pero no de rehabilitación o re-socialización. Detestamos estas dos palabras. Entiendo a los compañeros y cómo usaron las definiciones. Nosotros definimos nuestro hospital de día como un dispositivo integrador. Para nosotros, el objetivo básico del Hospital de Día es evitar internaciones e integrar al sujeto psicótico a nuestra cultura y a nuestra sociedad, a nuestra colectividad.

Piensen que ya en la admisión nosotros no sólo no estamos pensando en un diagnóstico de estructura o en un diagnóstico de situación de riesgo, sino que estamos pensando en un diagnóstico de externación. Ya al principio estamos pensando en cómo externar al paciente. Tenemos un equipo encargado de externación. Así como hay equipos de terapia individual o de grupo, de familia, de acompañamiento terapéutico, de expresivas, de docencia e investigación, hay un equipo de externación que se encarga específicamente del trabajo de externar al paciente. Dentro del mismo dispositivo, que es el Hospital de Día, hay dos asambleas mensuales de este equipo de externación y un trabajo individual en este sentido. Tenemos una reunión semanal donde nos juntamos todos. Definimos a esa reunión como una estrategia colectiva en dirección a la cura de cada paciente. Tenemos cuarenta y dos pacientes. A veces pienso que el hecho de que funcionemos tan bien y tengamos cuarenta y dos pacientes hace que no tengamos rentas y nombramientos. ¿Tenemos que funcionar mal para tener nombramientos?

Vuelvo a insistir: no es casual. Existe la clínica del asilar. Permítanme decir una obviedad: la psicosis es crónica. Así, existe una clínica y dispositivos que cronifican a los pacientes a esos dispositivos. El Hospital de Día va a contramano de esto porque no se propone rehabilitar ni socializar a nadie. ¿Por qué? Porque son dos significantes del amo y de la lógica de mercado.

Si hay algo que sabemos quienes trabajamos en la psicosis hace más de 20 años es que la exigencia a que se trabaje o que se rehabilite es algo más que desencadena al sujeto psicótico. Entonces, no tomemos significantes del discurso mercantilista de mercado y de la lógica del amo, que generan más desencadenamientos. Si hay algo que está claro es que un jefe a uno lo puede llegar a angustiar. En la psicosis, lo desarma, lo desencadena, porque la exigencia que existe en la lógica de mercado no se lleva bien con la psicosis.

Entonces, pensémoslo desde otra lógica: integrar la diferencia. Nuestro objetivo es integrar al diferente. Es el tratamiento que nosotros le damos al diferente, qué lugar le damos a la diferencia.

En este sentido, tenemos una estrategia que hasta ahora ha gobernado: la del depósito, las murallas y la segregación. Por eso digo que el Hospital de Día es económico para nuestro costo psíquico.

Ya les conté que tenemos cuarenta y dos pacientes, les conté lo que significa la admisión y les dije cómo nosotros definimos actualmente al Hospital de Día. Estamos pensándolo como una oferta de espacio-tiempo determinado.

Si hay algo que nosotros descubrimos es que el formato de Hospital de Día –de lunes a viernes de tal a tal hora– ya es una primera intervención calculada, porque ofrece un espacio-tiempo determinado.

El loquero ofrece un espacio-tiempo indeterminado. El indefinido es clásico de la locura. Si sabemos que en la psicosis el tiempo y el espacio están trastocados –tempestades temporo-espaciales, presente continuo–, ofrecer un espacio-tiempo determinado ya es una primera intervención calculada. Obviamente, con un universal, que es un para todos, pero que tiene en cuenta la particularidad de cada sujeto: el recorrido que haga el paciente será absolutamente particular. Ahí tenemos una tensión permanente entre lo colectivo y lo particular.

El Hospital de Día es un dispositivo interdisciplinario. Convivimos psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras, acompañantes terapéuticos y musicoterapeutas. Piensen que la convivencia es algo básico en el Hospital de Día. Es la norma básica.

Entonces, ofertar un espacio-tiempo determinado estabiliza. En sí mismo estabiliza. Le preguntaba a un viejo psiquiatra, Vázquez –quien en su momento armó el servicio en el hospital–, por qué era tan difícil externar a un paciente. Él me decía: “porque tenés que poner la externación al principio y porque” –esto es básico– “el Hospital de Día ofrece este marco temporo-espacial que todos necesitamos”. Todos necesitamos un tiempo y espacio determinados para vivir. “Si no, ¿cómo se explica que tanta gente trabaje?”, me decía él. “¿Cómo se explica que vengas gratis o con sueldos que no tienen sentido a trabajar al hospital? Porque te da un marco, te ofrece un marco”. En este sentido, Perón decía “el trabajo dignifica”. Nosotros decimos que el trabajo nos da un marco temporo-espacial que nos permite organizarnos.

En este sentido, el Hospital de Día es un dispositivo que tiene como objetivo evitar las internaciones completas.

En segundo lugar, ayuda a integrar al sujeto psicótico a nuestra cultura. Por último, ofrece una oferta de espacio-tiempo.

Me restan dos minutos. Los cedo a la Mesa. Me parece haber dicho todas las cosas que necesito. Hay mucho más, pero me parece que lo podemos debatir y charlar en conjunto en la Mesa.

Una aclaración: el horario del hospital es vespertino, de doce a cuatro y media. En ese sentido, yo no estoy de acuerdo con los hospitales de día de mucho tiempo. Tenemos que ser más hábiles. No se trata de tener entretenido al sujeto psicótico más tiempo, sino de generar dispositivos donde lo terapéutico sea lo primario.

Tenemos un hospital de día a la mañana, que tiene cuarenta pacientes, y un hospital de día luego de medio día, también con cuarenta pacientes. Tenemos ochenta pacientes con dos hospitales de día diferentes. La idea es que no pasen el tiempo en el hospital. No cambiemos de un hospital monovalente a un hospital general en el que el paciente pase ocho horas allí. No se trata de que sea un hospital de día de turno completo. Cuando más acotado sea, mejor. Tenemos que trabajar puertas afuera del hospital. ¿Qué nos permiten los acompañantes terapéuticos? Nos permiten trabajar afuera de la puerta del hospital.

Por eso el equipo de externación es básico y tiene que trabajar cuando el paciente va a hacer un curso a una institución pública, tiene que comunicarse, charlar, hablar, decir que va a ir determinado paciente; es decir, de repente se preocupan. Entonces, simplemente, nosotros con un llamado evitamos que lo expulsen. Por ejemplo, hoy había un paciente que fue a hacer un curso de mecanografía y que después de seis meses lo terminaron echando porque no hacía nada. En consecuencia, hay que explicarles que el hecho de que el paciente vaya, para él ya es suficiente. Por lo tanto, el equipo de externación tiene que trabajar con las instituciones en las que se van a externar a los pacientes, explicarles la situación y cambiar la fobia.

Nuestro hospital de día comparte el piso con dermatología. Los pacientes y los familiares tienen que recorrer el servicio de dermatología para llegar a nuestro servicio.

**Sr. Bodnar.-** Doctor Bertrán: le aviso que ya utilizó los dos minutos que había cedido a la Mesa. (Risas)

**Sr. Bertrán.-** Con ello quiero decir que funciona perfectamente que un hospital de día, que trabaja con pacientes psicóticos y neuróticos graves, comparta el piso con el servicio de dermatología. Es cierto que tenemos algunos inconvenientes como el caso, por ejemplo, de un paciente que agarró a una visitadora médica y le dio un soberano beso. (Risas) Es decir, tuvimos algunos problemitas de ese tipo.

Por consiguiente, la dermatología y la locura se llevan bien. Tan es así que la jefa del servicio de dermatología me dijo: "Es muy importante que ustedes estén aquí, porque la piel es lo primero que está en contacto con el afuera". En consecuencia, ellos mismos con su saber nos van interrelacionando. Por lo tanto, si hace más de 16 años compartimos el piso con el servicio de dermatología y estamos en un hospital general es porque se puede hacer esto.

Cuando dicen que la ley no es aplicable, creo que es una estupidez. Además, considero que trece mil pesos por pacientes es un escándalo, así como el promedio de internación de nueve años es otro escándalo.

**Sra. Presidenta (Naddeo).-** Antes de darle la palabra a Yago Di Nella, les quiero decir que tenemos pendiente una visita al Hospital de Día del Hospital Borda. Hemos cometido el error de decirles que se iba a hacer esta actividad, pero no hemos invitado, especialmente, tanto al doctor Lucio Mastandrea como a la doctora Garlan.

- No se perciben las palabras de un asistente que habla sin micrófono.

**Sra. Presidenta (Naddeo).-** Me dicen que se trata de otro servicio.

El Hospital de Día del Hospital Borda tiene toda una trayectoria y, además, una dinámica de aplicación de la Ley 448 muy interesante.

Intervención del Sr. Yago Di Nella, Director de Salud Mental y Adicciones de la Nación

**Sra. Presidenta (Naddeo).-** Ahora sí vamos a escuchar la opinión de Yago Di Nella, a quien le cedo el uso de la palabra.

**Sr. Di Nella.-** Buenas tardes.

Ya deben estar cansados de tanta perorata respecto de la externación. Por mi parte, voy a tratar de aportar lo que el Estado Nacional puede pensar sobre este tema y quizás esto implique cambiar un poco de eje, ya que hasta este momento escucharon a los coordinadores o a los directores de servicios vinculados a la externación.

El lugar que me toca en este momento se debe a que he participado del servicio de externación y de dispositivos que dependieron del Hospital Psiquiátrico Melchor Romero en la ciudad de La Plata. A mí me tocó participar de un grupo que creó el primer centro de día llamado Pichon-Rivière que, en un primer momento, funcionó dentro del hospital psiquiátrico y luego externamos el servicio –porque también hay que externar servicios no sólo pacien-



tes-, y ahora funciona en la ciudad de La Plata. Eso ocurrió entre el año 1997 y 2000. Nos llevó cuatro años hacer esto. Y entre los años 2006 y 2008 externamos una sala del hospital psiquiátrico, que se llamaba Sala Griesinger, que finalmente demolimos y se creó otro centro de día que se llama Centro de Salud Mental Comunitaria “Franco Basaglia” que, en estos momentos, también funciona en la ciudad de La Plata. De manera que no me extrañan los padecimientos de estos servicios que han comentado los representantes.

Digo ello, porque esos dos servicios fueron creados a partir de la sumatoria de una serie de recursos, cuyo recurso central fue la universidad, ya que ésta aportó profesionales y los hospitales psiquiátricos aportaron una mínima cuota. Es decir, el hospital colaboraba con dos, tres o cuatro personas –como comentó recién el colega– y el resto lo hicimos con estudiantes y graduados de la Universidad Nacional de La Plata. De modo tal que mi experiencia personal en lo que respecta a este tema pasa por allí.

En primer lugar, considero que este proyecto de ley es necesario en el contexto en el que estamos, pero no debiera ser necesario desde el punto de vista del marco legal con el que contamos hoy. ¿Qué quiero significar con esto? Si la Ley 448 y la Ley Nacional de Salud Mental, en efecto, se aplicaran en estos momentos, este proyecto de ley –que, en todo caso, crea un programa–, sería un programa de aplicación de esa ley que la autoridad de aplicación debiera desarrollar, y allí terminaría la historia.

No obstante, cuando aparecen proyectos de ley que crean programas es porque el Poder Legislativo está forzando al Poder Ejecutivo a desarrollar una política. Yo no cuestiono esa iniciativa; al contrario, vengo aquí porque creo que vale la pena que se legisle en este sentido. Sin embargo, quiero significar un punto de base o un punto de inicio. En ese sentido, considero que este programa –éste u otro programa similar, no me refiero al texto en sí, sino a la idea– debiera ser parte de la iniciativa del Poder Ejecutivo. Así pues, el Poder Legislativo está desarrollando una iniciativa que intenta suplir una falta de voluntad política en desarrollar una gestión consustanciada con el marco legal vigente. Entonces, esto primero hay que aclararlo.

En ese sentido, y por decirlo en un modo directo, las provincias que no están utilizando la instancia asilar, que en este momento son ocho en el país, no necesitan un programa de externación asistida, dado que tienen los hospitales generales, tienen los servicios comunitarios de atención, y punto. Esto sucede en las provincias de Río Negro, de Chubut, de Santa Cruz, de Tierra del Fuego, de La Pampa, entre otras. En fin, las provincias que no tienen manicomios no tienen un programa de externación asistida. Lo necesitamos nosotros en el contexto en el que estamos. Esta es una aclaración que me parece importante y que –insisto– no viene a refutar la necesidad de este proyecto sino, en todo caso, a plantear en qué contexto es necesario este proyecto de ley.

En segundo término es preciso plantear un programa de externación asistida toda vez que la política pública es manicomial. Si la política pública no es manicomial no es necesario plantear una externación asistida porque, de hecho, toda política pública no manicomial requiere un programa que contemple la salida del campo de la internación hacia la vida en comunidad. Con lo cual se supone que si una persona sufre un cuadro crítico y es internada por una crisis en su estado de salud mental, independientemente del diagnóstico, deben estar allí presupuestos los dispositivos que hagan que esa internación cese. Es decir que terminada la crisis, la persona tenga dispositivos disponibles para continuar con su tratamiento en forma ambulatoria. De modo tal que se requiere un sistema manicomial para que sea necesario este programa.

En tercer lugar, me parece importante señalar algunos aspectos respecto de lo que he escuchado aquí y de la lectura del proyecto –a decir verdad, lo hice recién con lectura veloz–, pero me gustaría, en todo caso, ofrecerles la posibilidad de un dictamen de la Dirección Nacional en relación con el proyecto más concienzudo, más tranquilo, con más tiempo. Sin embargo, más allá de esta propuesta puntual, quiero hacer dos o tres planteos generales respecto del proyecto.

En ese sentido, coincido con lo que se planteó aquí acerca de que es necesario organizar los recursos humanos, los diversos dispositivos implicados en este proyecto, sobre todo, el que respecta a los subsidios para los pacientes. Hay que organizarlos en el marco de un plan de tratamiento, que es algo que ya se ha planteado, y coincido con la idea porque hemos conocido programas de externación solo basados en darle un subsidio a la familia, y han sido fallidos estos procesos. Ya lo hemos visto en varias provincias del país y es importante señalar que ninguna herramienta en particular asegura una externación.

Nosotros nos encontramos, al momento de fiscalizar instituciones psiquiátricas –tarea que está realizando la Dirección Nacional desde la promulgación de la ley–, con que hay colegas que llaman “plan de tratamiento” a la administración de un psicofármaco, a la prestación de una psicoterapia o a la administración de un subsidio. Cada una de estas herramientas por sí sola es anunciada por la institución como el “plan de tratamiento” y, desde esta fiscalización que realizamos, debemos refutar esta idea en cada uno de esos casos y en otros también; porque puede ocurrir con cualquier herramienta del plan de tratamiento que no es eso sino lo que es: una herramienta de un plan que debe ser integral.



Si nosotros asumimos que la problemática de salud mental de una persona, aquello que la mantiene en internación, es algo mucho más complejo y que requiere un abordaje en la pluridimensionalidad de la problemática mental; es decir, si asumimos la definición de salud mental que está planteada tanto en la Ley 448 y en la ley nacional, con alguna diferencia, pero con el mismo sentido; y si asumimos que se trata de un proceso histórico, social, político, cultural y no sólo subjetivo o intrapsíquico, entonces la respuesta tampoco puede ser simplista.

Si el problema es complejo, la respuesta es compleja. Y a esa simplificación debe responder, entonces, el programa de externación. Es sólo una observación lo que hago, porque veo que lo contempla, pero habría que fortalecer esta idea de que ni el subsidio por sí, ni la prestación psicoterapéutica, ni el acompañante en la casa son solos un plan de tratamiento y que, en todo caso, estas herramientas que el programa pone a disposición deben estar enmarcadas en el equipo interdisciplinario que administra y monitorea el plan de tratamiento. Y digo “equipo interdisciplinario” para ya meternos en el tema de la ley en sí mismo. Es decir, se presupone que esto debe estar enmarcado en un equipo interdisciplinario que establece las medidas que ese plan de tratamiento debe tener, incluido, el subsidio cuando éste es preciso y necesario.

Por último –para no aburrirlos–, me gustaría señalar otro aspecto que tiene que ver con los programas de internación en general. La externación es en sí un nombre manicomial y lo voy a fundamentar en estos términos. Cuando nosotros llamamos “internar” estamos hablando de sacar a una persona de su vida cotidiana en la comunidad y ubicarla en una institución. Esta internación puede ser voluntaria o involuntaria, pero el hecho concreto es que dejó de vivir en la comunidad y pasó a una vida institucional por un tiempo dado.

Llamamos “externar” al proceso de que la persona vuelva a vivir en la comunidad y salga de la institución. Entonces, tenemos los términos cambiados, porque estamos presuponiendo que el lugar es la internación y que la externación es como una especie de dádiva o algo así que le estamos dando. En los nombres, en las palabras, estamos ante un problema. De algún modo, hemos aceptado históricamente la internación como el lugar de vida de la persona ya por el mismo nombre, y la externación, como la persona se va del lugar donde estaba, como si fuera ése el lugar donde debía estar.

- Murmullos en la sala.

**Sr. Di Nella.**- Entonces, habría que pensar los términos que estamos utilizando. Si la persona debe vivir en la comunidad y la internación es la atención de un episodio crítico, una vez agotados los otros recursos, los de tratamiento ambulatorio –tal como lo plantea la ley nacional–, es necesaria la internación. Pues bien, entonces el lugar donde debe vivir es en la comunidad, sólo que está en un episodio crítico. ¿Hasta acá estamos de acuerdo? Nadie de por sí merece vivir en la internación. ¿Hasta acá estamos de acuerdo? Entonces, este programa es la atención que requiere una persona para poder volver a vivir en la comunidad. ¿Le vamos a llamar “externación” a eso? Esa es la pregunta que hago.

**Una participante.**- Reintegración.

**Sr. Di Nella.**- Bueno, sí. Igual esto es una tarea de los legisladores y de los asesores de los legisladores. No me quiero meter. Estoy planteando un problema entre el enfoque de derechos y las palabras que utilizamos en nombre del enfoque de derechos que, a veces, tienden a contradecirlos porque usamos viejas palabras. Esto es lo que quiero significar. Lo digo en el sentido mismo que planteaba recién él respecto de la rehabilitación. ¿Lo tenemos que habilitar? ¿Nosotros lo vamos a habilitar al sujeto, o es la comunidad la que tiene que habilitarlo a convivir con ella? Quiero decir: ¿no forma parte de la red vincular la habilitación para que esta persona viva ahí?

A su vez, como coincido con este planteo, quiero plantear este otro: si vamos a establecer un programa para que la persona viva en comunidad quizás el centro no debiera estar en la palabra “externación”, sino en la frase “vivir en comunidad”.

En este punto, quisiera hacer otro planteo vinculado con esto. Muchas veces, los equipos de salud mental con las mejores de las intenciones tendemos a reproducir no la lógica manicomial, sino que nos contraponemos a ella sin discontinuarla. ¿En qué sentido lo planteo? La lógica del taller protegido es, por ejemplo, un caso de esto, donde decimos: “No, esta persona no tiene que estar depositada, asilada sin ninguna actividad, sino que tiene que tener actividad”. Entonces, la actividad se rellena con actividades de exclusión, actividades que la persona realiza sin que esto sea una política de integración con el resto de la comunidad, sino que son actividades excluyentes. Entonces, armamos un emprendimiento excluyente o armamos lo que fuere. No me refiero a la etapa transicional de los centros de día o de las prácticas que van preparando el autovalimiento de la persona, sino al proceso final cuando ya está en la comunidad. En lugar de que la persona vaya –como se dijo aquí– a un club o a un curso, armamos actividades para ellos. ¿Se entiende lo que planteo? Y, con la mejor de las intenciones, en ese proceso de externación, termi-

namos construyendo actividades excluyentes donde quedan excluidos de todos modos, insisto, con la mejor de las intenciones.

Esto lo digo porque a nosotros nos pasó en estas experiencias que les conté al inicio de mi charla. A nosotros mismos nos pasó que para que tengan actividad desde el centro de día hacia la comunidad íbamos y armábamos actividades para que ellos pudieran estar, pero seguían tan excluidos como antes, solo que en vez de estar en el asilo estaban en su casa. Por supuesto que es mejor que estén en su casa, pero no es integrarlos. Esto es lo que quiero significar.

Con respecto a estas actividades de externación, en todo caso yo haría el planteo –de todos modos está plasmado en su espíritu general– en el articulado para pensar la inclusión de que las actividades de externación –o como le llamen– de estas personas deben promover su inclusión en actividades comunitarias y no la creación de actividades para estas personas. Es un planteo que lo recojo de mi propia experiencia. Porque si algo hemos recogido en todos estos años son fracasos. Sabemos muchísimo de fracasos. Entonces, uno de estos fracasos tiene que ver con estas políticas que hemos desarrollado en los años '80, '90 y más, desde la restitución de la democracia para acá, donde hemos intentado desarrollar políticas de externación muchas veces armando cajas de cristal para con ellos. No tienen que estar en cajas o palacios de cristal; tienen que estar entre nosotros y esto incluye los dispositivos de atención comunitaria.

Termino con esta idea. Felicito la iniciativa de crear este programa. Creo pertinente considerar, en el marco de esta iniciativa, la convocatoria a aquellos que vienen desarrollando experiencias en este sentido; me parece muy provechoso.

Considero que un programa de externación le viene bien a la Ley 448; si es por ley, la viene a complementar y a asegurar una buena parte de su implementación, la que debe estar correspondida luego con otra parte de la ley, que es la creación de los dispositivos de atención de crisis –a lo que, un poco, se hizo referencia acá–, que son los hospitales generales. Porque, si no, nunca vamos a desmanicomializar, mientras la boca de entrada al sistema siga siendo la guardia del monovalente.

La guardia del hospital general es lo que asegura que un día podamos cerrar este programa de externación. Esto es lo que quiero decir. Me parece una lógica transicional que podemos acompañar, que creo adecuada para esta coyuntura. Pero el éxito de este programa de externación es que un día cierre porque no se tenga que externar más como programa, sino que la idea es que ya el hospital general y los centros comunitarios tengan esta función definitivamente.

**Sra. Presidenta (Naddeo).**– Gracias, Yago.

Hay varias personas que se anotaron para hacer uso de la palabra, en función de las intervenciones.

Quiero decir algo vinculado con el presupuesto de la Ciudad de Buenos Aires y con todas estas deudas que tiene la Ciudad respecto de la propia Ley 448.

En realidad, este proyecto lo empezamos a pensar en el verano porque nos veíamos, antes de que empezara este período legislativo –iba a decir “ciclo lectivo”, yo que soy docente–, con Silvio, con Ana Lía y con otros compañeros asesores, un poco en la desesperación de ver cómo sigue retrocediendo el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires y cómo se siguen cronificando pacientes y cómo necesitamos obligar al Poder Ejecutivo de la Ciudad de Buenos Aires a dar paso tras paso para poder avanzar.

En ese contexto, si uno revisa toda la legislación de la Ciudad de Buenos Aires hay una cantidad de normas que se han hecho para eso: para asegurar programas y servicios; para que los distintos embates políticos no hagan que servicios o acciones importantes se pierdan.

Por ejemplo, si nosotros no tuviéramos incluida en la Ley 114 de la Ciudad de Buenos Aires la red de defensorías, estoy segura de que ya las defensorías hubieran desaparecido. Lo mismo podemos decir de las juegotecas barriales. Hay una ley de juegotecas barriales. Y así podemos seguir.

En esta definición más conceptual que planteaba Yago, es cierto que –y esto lo hemos discutido con varios especialistas asesores en distintos momentos– si pudiéramos cumplir la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en realidad mucha legislación sería redundante, porque está en la Constitución. Si pudiéramos cumplir la Constitución Nacional, mucha legislación sobraría.

Pero me parece que acá hay una necesidad política e institucional, a la que Yago hacía referencia, y por eso esto viene a cuento y uno piensa que esto puede andar, en la medida en que no podemos transformar el todo.

Otro de los temas que esta comisión especial debería analizar –y no lo hemos hecho porque no hemos tenido el coraje o porque no hemos sabido generar el ámbito de debate– es cuál es el debate con respecto a los hospitales psiquiátricos. Este es otro gran debate.

Estamos en defensa permanente de los hospitales Borda y Moyano; evitamos el cierre en el marco del proyecto inmobiliario del gobierno de Macri, porque venía de la mano de un proyecto inmobiliario. Pero, en realidad queremos una profunda transformación de estos efectores. Y coincidimos con muchos equipos que vienen trabajando en todos estos servicios y que están tratando, desde el viejo manicomio, de trabajar con la apertura que plantean la Ley de Salud Mental y el paradigma de los derechos humanos.

Esta es la contradicción que hoy tenemos: el hospital de noche y los talleres protegidos trabajan desde un paradigma anterior. Los talleres protegidos vienen de las épocas del “orden y mando”, de un régimen vertical. Y los equipos les han dado toda la nueva impronta de la inserción o la integración social.

En el nombre de la ley yo también creo que los nombres dicen mucho y que habría que pensar un poco. En realidad este proyecto de ley lo definimos como Programa de Externación Asistida para la Integración Social. Lo que queremos es la integración social. Decimos “externar” porque queremos obligar al Poder Ejecutivo a generar dispositivos que permitan romper esos esquemas de cronificación o fortalecer los existentes.

**Intervención del Sr. Silvio Bodnar**, Director de la Comisión de Seguimiento de la Ley 448 de Salud Mental

**Sra. Presidenta (Naddeo).**- Voy a darles la palabra dos minutos, por el horario, a varias personas que se anotaron.

Tiene la palabra el señor Bodnar.

**Sr. Bodnar.**- María Elena sabe que yo suelo tardar más de dos minutos. (Risas)

Estuve anotando algunas frases que me parecieron fundantes en cuanto a lo que estamos pensando respecto de la salud mental, la externación o el nombre que le pongamos, a partir de la vuelta de tuerca que le acaba de dar Yago al nombre de los dispositivos.

Tomo, primero, una frase de Graciela, de talleres protegidos, que dijo: “El cambio de paradigma es imposible de detener”. Lo creo así. Inevitablemente, creo que esto va a llegar más tarde o más temprano. El tema es poder llegar a entender por qué se está realentando este proceso y por qué hay tanta dificultad para definirlo.

Acá vemos gente de distintas extracciones políticas e ideológicas. Y no sólo me refiero a ideologías políticas, sino ideologías clínicas. Porque hay algunos que pensamos distinto la clínica. Sin embargo, respecto de estas cosas, pensamos parecido. Pero el proceso para que el nuevo paradigma se imponga –y no me refiero a una imposición por la fuerza, obviamente, pero que se termine imponiendo sobre el viejo paradigma manicomial– está siendo muy complicado. ¿Por qué?

Tomo lo que decía Adriana Meléndez sobre la cuestión del Tobar. Están al tope de su capacidad por las obras. Está reducida a la mitad. Gustavo Bertrán hacía referencia a los dieciséis años de vida del Hospital de Día del Álvarez. Es un dispositivo, que funciona en un hospital general con muchas cosas a favor y tiene un solo rentado. ¿Qué pasa ahí?

“Un proyecto de ley necesario”, decía Yago, “pero que no debiera serlo en el contexto de ley en el que estamos”, refiriéndose a este proyecto de ley que ponía María Elena en cuestión sobre la Mesa. Y me parece que probablemente vamos a necesitar mucho de la Dirección Nacional, porque creo que no podemos pensar que el problema está exclusivamente circunscripto a una cuestión de quioscos que tienen las corporaciones médicas. También están, y no nos cabe duda de esto a muchos que laburamos en eso.

Pero hay otro problema que tiene que ver con la formación de grado. Los colegas jóvenes que salen con su flamante título de la Facultad de Medicina y que eligen la especialidad de la salud mental para trabajar, vienen con una formación de grado manicomial. Y cambiar eso en la cabeza es difícil.

Sabemos lo que pasa en los primeros años de la vida. Todos nos dedicamos a la salud mental, tenemos esta formación: todos tenemos claro que lo que pasa en los primeros años de la vida marca y es fundante para lo que pasa después. Es crucial “cambiar la cabeza” cuando la formación de grado es la que es en este momento. Desde la Dirección de Salud Mental –Yago, te agrego un trabajo más– vamos a tener que trabajar con las universidades. Mientras los psiquiatras sostengan que la pastillita que ellos prescriben es una herramienta del mismo nivel que la psicoterapia que indican desde el lugar de decisión que sólo tiene el médico psiquiatra, estamos en el horno. Este es un concepto que vamos a poder variar no sólo desde la discusión en estos ámbitos –que son necesarios–, sino también con las universidades para cambiar lo que sucede en la formación de grado.

**Sra. Russo.**- Quiero contestar la observación del licenciado Yago Di Nella respecto de los talleres protegidos.

Como se dijo acá, somos un dispositivo terapéutico más. ¿En qué sentido lo digo? Realmente trabajamos en la interdisciplina y damos una oferta de tratamiento convencidos de que el pasaje del paciente por nuestro dispositivo –con un contrato de tratamiento que dura entre seis meses y dos años como tope– es un aporte más al proceso de mejoría y de estabilidad. Nunca sostenemos el criterio de que el paciente es nuestro.

Quiero hacer esta aclaración porque al inicio no me expliqué sobre la interdisciplina, que en los talleres sí

existe. Tenemos una subdirectora psicóloga, lo cual es un logro importante en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Es una persona que hizo la carrera en la institución y que desarrolla la Subdirección de Rehabilitación.

En la Ciudad de Buenos Aires vivimos un proceso de conversión por el que todas las instituciones están atravesadas.

Como decía la colega, lo que ocurre en el Hospital Borda no es otra cosa que una larga y trágica historia de no política, con el broche final de abandono de personas, porque dejan a los pacientes en total vulnerabilidad –esas personas que están internadas en el Hospital sí son vulnerables– para propiciar el cierre no con un proyecto de cambio de paradigma, sino con un quiebre total de la ideología.

Nuestras mayores derivaciones provienen de los hospitales de especialidad y de día. Trabajamos arduamente con el Hospital Álvarez y con el Hospital Piñero.

Quiero hacer esta aclaración porque no trabajamos para la exclusión, sino para la integración y para que las personas que no han tenido ni siquiera una internación, sino un episodio psicótico y no son derivados, desarrollen alguna habilidad que les permita integrarse socialmente.

Fin del registro taquigráfico

Sra. Presidenta (Naddeo).- Como nos quedan pocos minutos, liberamos a los taquígrafos y les agradecemos su tarea.

- Es la hora 18 y 26.

**• SÍNTESIS DE LAS JORNADAS DEL 11 Y 12 DE ABRIL EN EL SALÓN DORADO  
PRIMERAS JORNADAS LEGISLACION EN SALUD MENTAL  
UN NUEVO PARADIGMA:  
LEYES 448 Y 26657**

**SINTESIS GENERAL**

**APERTURA**

Prof. María Elena Naddeo

Dra. Liliana Herrendorf

. El Estado debe comprometerse en garantizar el acceso a los derechos a todos los ciudadanos

. Necesidad de políticas en salud mental

. Es necesario que los actores sociales ocupen los espacios de la salud mental

. Retomar los aportes de la historia en salud mental (Goldemberg, Declaración de Caracas, etc.)

**LEY 448 Y LEY 26.657 COINCIDENCIAS Y COMPLEMENTACIONES**

Lic. Yago Di Nella Director Nacional de Salud Mental

Lic. Leonardo Gorbacz Autor del Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental. Asesor de Gabinete de la Presidencia de la Nación

Lic. Ángel Barraco Asesor de planta de la Comisión de Salud de la Legislatura de la CBA Miembro redactor de la Ley 448

Lic. Leonardo Gorbacz

. La Ley no está reglamentada pero está en vigencia

. Hay compromisos internacionales de nuestro país que son obligación del Estado Nacional

. La Ley es un piso mínimo de cumplimiento obligatorio para todo el país

. Hay antecedentes a nivel de leyes provinciales y las prácticas

. Hay casi 25000 personas privadas de su libertad

.La Ley plantea

La no judicialización

No al encierro

a no medicalización

Hay similitudes con la 448 en cuanto a la importancia de la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo comunitario. La 448 no cuestiona la judicialización en el sistema manicomial y todavía menciona al hospital monovalente. La 26657 plantea el fin de las internaciones judiciales. Se redefine el rol de la justicia. El poder judicial tiene un rol que es el de control de las internaciones involuntarias.

Si puede haber externaciones judiciales

No es necesario pedirle al juez la externación. Se da el alta y se comunica al juez.

Se necesitan generar nuevos dispositivos para darle aplicación a la Ley

La Ley es una herramienta. No apunta al control social y sí a la definitiva sustitución del hospital monovalente

Hemos pasado del escepticismo por el cambio a creer en un cambio a través de la política

### **Lic. Yago Di Nella**

Necesitamos un cambio cultural. El verdadero cambio está en nosotros

El art. 45 de la Ley dice que es de bien público o sea de aplicación efectiva en todo el país desde su promulgación.

Los jueces entendieron rápidamente y empezaron a aplicar la Ley.

Exigen a la Dirección Nacional el control de las internaciones.

Razones por las cuales puede aplicarse una Ley

Que haya voluntad política

La Ley plantea que el presupuesto de Salud Mental en tres años no puede ser menor al 10 % del presupuesto en salud.

La Dirección Nacional creada en mayo de 2010 cuenta con presupuesto

Lo que lleva a una persona al manicomio no es sólo su padecimiento. El encierro deteriora. Ya no es necesario el manicomio como en el siglo XIX

La internación es necesaria en la situación aguda.

La Ley cambia la idea de riesgo cierto e inminente respecto de la idea estigmatizante de peligrosidad.

Se ha iniciado un proceso de fortalecimiento del sistema de salud mental en varias provincias: La Rioja, Misiones, Santa Fe. Se interna en el Hospital General. Se les ofrece capacitación y financiamiento del recurso humano.

Un problema es la accesibilidad. No hay redes de atención basados en la comunidad. Se va a aumentar la cantidad de Centros de Atención (de 400 a 600) y se instalará un equipo de salud mental en cada uno de ellos.

### **Lic. Ángel Barraco**

Las leyes 448 y 26657 fueron aprobadas ambas por unanimidad

Además fueron leyes gestadas participativamente

Ambas adhieren explícitamente a pactos y principios internacionales. En el eje declaratorio ambas son solidarias.

Hay sintonía ideológica y conceptual entre ambas leyes.

En el eje instrumental tienen algunas diferencias. En las dos se da importancia a lo interdisciplinario, lo ambulatorio y a la igualdad en el acceso a los cargos de gestión para las distintas disciplinas de la salud mental

La Ley Nacional incorpora explícitamente las adicciones. Cuando la 448 se prefirió no incluir mención a patologías pero en estos tiempos se hace necesario particularizar la cuestión de las adicciones.

En la 448 se menciona el Hosp. monovalente a condición de que se transforme

Resulta un gran avance de la L.N. la mención al presupuesto.

No sabemos cuál es el porcentaje de presupuesto que se destina a salud mental en la ciudad de Bs.As. Pareciera que el problema es más en qué se invierte que cuánto se invierte.

Hoy no se está formando y capacitando según las necesidades en salud mental

En la ciudad de Buenos Aires el sistema está fragmentado. Todavía no se formalizó el sistema de salud mental. Se hace imprescindible la jerarquización de la salud mental y al mismo tiempo quién gestione debe tener los atributos necesarios para ejercer el cargo.

Actualmente el director de SM de ciudad no puede bajar política

Hay un vaciamiento del hospital público junto con la resistencia de las corporaciones médicas y psiquiátricas a la aplicación de la Ley.

Otro problema lo representan las trabas de la Ley Cafiero.

Se solicita la redacción de un documento final por parte de la Mesa

Es necesario que la transformación se base en la atención basada en la comunidad

El monovalente cronifica. La transformación debe llegar al hueso que es su sustitución.



## **SALUD MENTAL , JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS**

Dra. Norma Slepoy– Cátedra de Salud y Derechos Humanos, Facultad de Medicina, UBA.

Dra. Florencia Hegglin – Defensoría General de la Nación

### **Dra. Florencia Hegglin**

Se refiere a los fallos RMJ y TUFANO que dieron lugar a que la Suprema Corte se pronunciara y estableciera Derechos Fundamentales de las personas.

En relación a las internaciones, considerando el estado de abandono, impotencia y precariedad en que se encuentra la persona, es necesaria la presencia del Juez para controlar las condiciones en que se desarrolla la internación.

La internación por su característica restrictiva, es el último recurso al que se debe apelar y es fundamental que prevalezcan las razones terapéuticas.

Para adoptar estos puntos de vista se consideraron criterios de orden internacional.

El fallo de la Corte Internacional de Derechos Humanos del año 2006 pone el acento en los Derechos de las Personas.

El Estado debe reglamentar y controlar el cumplimiento de estos Derechos.

El 2 de diciembre de 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos- 26.657. Marca un nuevo paradigma respecto a la capacidad de las personas con padecimiento mental y establece el pleno goce de sus derechos.

Determinó la modificación de los artículos 182 del Código Civil, exigiendo la obligación de fundamentar evaluaciones posteriores a la internación: plazo máximo de tres años; obligación de definir funciones y actos terapéuticos.

Modificación del Art 482: internación, privación de la libertad, solamente en situaciones extraordinarias. Ni la autoridad policial, ni los jueces están habilitados para determinar la internación, se exige evaluación interdisciplinaria.

Lo novedoso del nuevo paradigma es la obligación del Estado de garantizar el derecho a defenderse, derecho a designar abogado, éste debe ejercer asistencia técnica efectiva. La ley introduce un elemento que responde al nuevo paradigma.

La ley 448 significó un paso adelante en la reestructuración del Sistema de Salud Mental. Se correlaciona con la Ley 26.657. Ambas constituyen un avance normativo.

La Ley Nacional y la 448 confluyen en el reconocimiento de los derechos políticos y sociales de las personas afectadas.

### **Dra. Norma Slepoy**

La importancia de estas Jornadas estará dada por sus efectos futuros cuando, pasando de las palabras a los hechos dignifiquemos la atención en salud mental, cuando transformemos lo que aquí enunciemos en acción de las jornadas de cada día. Ése será también el modo de dignificarnos a nosotros mismos otorgando sentido a nuestra profesión.

En la construcción de redes de intercambio para el logro de ese propósito se hace necesaria la apertura a nuevos otros y, también, la apertura en nuestro pensamiento. Tengamos en cuenta que el encierro no es privativo del manicomio, también caracteriza a otras instituciones en las que nos hemos desarrollado y que nos constituyen. Esto es decir que podemos reproducir aquello que combatimos. No se trata, solamente, de reclamar a otros que abran las puertas del encierro. Es preciso percatarnos de las desmentidas del orden social en el que estamos inmersos para no actuarlas por acción u omisión. Un ordenamiento socio-económico- político, estructurado en términos de superior- inferior, que sin embargo proclama la igualdad de derechos.

Nuestro desafío es trascender el encierro simbólico de ese orden jerárquico que deriva en desobjetivación, para poder propiciar instituciones en las que, realmente, no impere el encierro y la estructuración jerárquica propias de la lógica manicomial.

Las leyes 448 y la 26657, tan importantes en sí mismas, serán verdaderamente válidas en la medida en que se creen los dispositivos para su efectiva implementación.

En ese sentido, unas de las tareas de esta legislatura, en la que estamos dispuestos a participar, es relevar con carácter de urgente las necesidades de centros de atención descentralizados, de servicios en hospitales generales, de nombramientos y capacitación de trabajadores de la salud mental, para que sean contempladas en el próximo presupuesto.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL I**

Prof María Elena Naddeo - Diputada Presidenta de la Comisión de Seguimiento de la Ley 448

Dr. Ricardo Soriano - Psiquiatra. Psicoanalista. Ex Director de Salud Mental de la CBA

Tenemos convicción acerca del estado crítico de la salud pública desde la atención hasta lo infraestructural. Hemos hecho reclamos judiciales por el incumplimiento de la 448, algunos ya tienen sentencia favorable. La Ley nacional refuerza y nos permite mejores reclamos por el cumplimiento de la 448. Todas las dificultades que hemos encontrado en la correcta aplicación de la ley tienen que ver con resistencias de sectores corporativos. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de armar nuevos programas y servicios alternativos para lograr la desmanicomialización. Una enorme franja de personas sin red ni familia continente dificultad dar cumplimiento a la 448. Son necesarios acuerdos de gestión conjunta entre distintos sectores. Hay también iniciativas propuestas pero tampoco cumplidas. El presupuesto para programas de acompañamiento terapéutico está restringido. Los 100 cargos solicitados no fueron aún nombrados. Si no se desarrollan nuevos programas y servicios alternativos no se va a poder llegar a la desinstitucionalización. Lo social y la consideración de la salud debe ser tratado como Política de Estado. El derecho a la salud se relaciona íntimamente con los derechos sociales. La política en salud debe construirse desde la participación comunitaria y la pluralidad disciplinaria. Sabemos desde hace mucho que el sujeto es con sí mismo y con el otro y que el otro incluye al entorno y a la comunidad. Que su tratamiento nos obliga a respetar las diferencias educativas y socioculturales. Esto obliga a la diversidad de profesionales que deben integrar los equipos de trabajo, con la participación de todos los sectores involucrados.

### **EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS: COMO CONFORMARLOS SEGÚN EL PERFIL INSTITUCIONAL**

Dr. Gustavo Campeni Presidente de la Asociación de Profesionales del Hospital Alvear

Dra. Liliana Herrendorf Coordinadora del Foro de Instituciones de Profesionales en salud mental de la CBA

Lic. Alicia Stolkiner Titular de la Cátedra de Salud Pública Salud Mental de la Facultad de Psicología de la U.B.A.

Hay una forma de entender la interdisciplina como la suma de partes donde el saber alcanza. Cada saber tiene un punto de vista. Otra forma plantea que se va cambiando la cabeza de cada uno en el intercambio con los otros. Como en el aparejo de pesca cada contacto deja un nudo y ese nudo deja una marca. Se va creando un nuevo sujeto como sujeto de la interdisciplina. En la idea de interdisciplina se excluye la verticalidad. Tampoco es meramente un grupo heterogéneo de profesionales. Es un trabajo en grupo. Se necesita renunciar a reconocerse como única disciplina que pueda dar cuenta de todo. En el grupo interdisciplinario debe tenerse en cuenta lo intersubjetivo y las cuestiones de poder que siempre están. Necesitamos diferenciar Sistema de Salud de Sistema de Servicios en Salud Mental. El Sistema de Salud incluye las prácticas y representaciones de la población y los otros actores no pertenecientes al sector salud. Si aparecen nuevos paradigmas es que los existentes están en crisis. Hay actores nuevos y cimientos de la concepción anterior que se debilitan. Hay una crisis de una manera de representarnos nuestras prácticas. La interdisciplina como la suma de las partes, creer que hay causas y efectos lineales, que si hay diferentes causas aislamos la relación causa efecto para operar sobre ellas. Hay un antagonismo entre prácticas que tienen en cuenta al otro como persona (en sentido jurídico) y otras en que no. El abordaje interdisciplinario se basa en la lógica de la atención integral que no quiere decir absoluta o universal. Supone el armado de una red discursiva, sin perder la especificidad. Se construye algo común. La interdisciplina se aboca a conceptualizar el problema donde los distintos discursos aportan a esa construcción. Implica operar como en la triangulación en la navegación: se fija un punto desde distintas coordenadas. Entonces construimos el problema por triangulación. Trabajamos con una lógica vincular. La interdisciplina existe a través de las profesiones que intervienen y se vinculan, donde se mezclan disciplinas, competencias e incumbencias.

La lógica institucional debe incluir de modo concreto y simbólico la práctica interdisciplinaria.

La idea de jefatura del equipo es incompatible con la interdisciplina. No así la de coordinación y liderazgo. El liderazgo es móvil de acuerdo al problema y en distintos momentos de un proceso de intervención. Los fija el problema. La coordinación puede favorecer el enlace entre los discursos.

Es posible la coexistencia de la lógica del organigrama con la lógica de la red. También es posible la interdisciplina en equipos en los que participan representantes de una misma disciplina con bases conceptuales diferentes (Psicólogos o psiquiatras orientados por el psicoanálisis junto a otros orientados por el cognitivismo, o la psicología sistémica). Necesitamos romper con la idea de completud del campo disciplinario. La disciplina es una herramienta. El profesional en la interdisciplina siente amenazada su identidad y esto es bueno porque la identidad es un proceso que se renueva.

No se transforman las prácticas sin transformarnos nosotros.

## **MESA POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL II**

**Dr. Jorge Selser** Diputado de la Legislatura de la Ciudad

**Dr. Emiliano Galende** Director del Doctorado en Salud Mental Comunitaria Depto. Salud Comunitaria Universidad de Lanús.

**Dr. Yago Di Nella** Director Nacional de SM.

**Dr. Jorge Selser**

Estas leyes priorizan la palabra para ayudar e intervenir en el padecimiento psíquico.

Se basan en los tratados internacionales.

Es fundamental que se anteponga un equipo interdisciplinario frente al avance de la hipermedicalización y el incremento de la adicción a los medicamentos legales.

Las dos leyes permiten hablar de un sujeto distinto al sujeto q consume salud, q aquí (leyes 448 y 26657) siendo el sujeto el centro de la tarea clínica.

Se está elaborando un proyecto para prohibir la publicidad de medicamentos de venta libre.

La internación debe ser una medida de protección y no por largo tiempo.

**Dr. Emiliano Galende**

La SM no es otra cosa que políticas sobre las relaciones humanas. El saber psiquiátrico los encierra (a las personas) mientras que aquí, el núcleo es recuperar los derechos humanos y que se tome en cuenta a las personas sobre las que se actúa. Contiene principios sobre como entender la constitución humana de las personas q tienen sufrimiento psíquico.

Recupera un papel activo del sujeto q padece y q no queda atrapado en un saber sobre él.

Se destacan los Derechos Humanos en contraposición de una mirada en donde el 'enfermo' es un sujeto desprovisto de derechos.

Al hablar de 'sufrimiento psíquico' se sostiene un sujeto activo en su tratamiento. Esto genera la posibilidad de construir políticas en este sentido (de sujeto activo en y sobre su tratamiento)

3 obstáculos q tenemos para esto.

- 1) corporaciones médicas y psiquiátricas en relación a los procesos de transformación
- 2) social y cultural (incluye a la flia). Un imaginario del sufrimiento psi como enfermedad q presiona para q se use el modelo psiquiátrico, q es el del encierro. Genera una ecuación: enfermo(SM)-peligrosidad-encierro
- 3) la situación de los profesionales q trabajamos es esto. Las universidades generan saberes universales y no sobre la particularidad de cada situación. No se pasa de un modelo psiquiátrico a un modelo distinto sin prepararnos.

Formas de respuesta a estos 3 obstáculos

- 1) incluir en la transformación a organizaciones de psiquiatras
- 2) campañas, promociones para cambiarlo
- 3) formación en gestión (profesionales mas allá de los psicofármacos y la psicoterapia hay otros saberes, otras cuestiones –habitacional, medios, barrio, comida)

**Lic. Yago Di Nella**

Tres líneas de su gestión que tienen q ver con cuestiones básicas q están en el meollo

- creación del COFESAMA (Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones)
- distribución de recursos, sobre todo recursos humanos
- creación de un registro epidemiológico q permita encarar políticas públicas basadas en datos fehacientes. (esto lo hace en colaboración con la OPS)

## **EFACTORES Y DISPOSITIVOS**

**Dr. Pablo Fridman Htal Alvarez**

**Dr. Ruben Slipak** director desplazado del CSMN 3 Ameghino

**Dr. Luis Mazzarella** ADOP-ADOPI, Guardia Htal. Moyano

**Lic. Gustavo Bertran** Jefe Htal de Día Htal Alvarez

**Psic.Soc. Alberto Sava**, Frente de Artistas del Borda

**Dr. Pablo Fridman**

Sostienen el malestar en un síntoma que son los problemas personales, que cree son los de la interdisciplina y la demanda: desborde y demanda insatisfecha.

Organigramas obsoletos (2 jefaturas para tantos rentados): escaso lugar para responsabilidades escalonadas

Nombramientos informales. Concursos: malestar que crea síntomas

Propuestas: generar programas de formación de interdisciplina

Instantes de debate e intercambio: trabajar rivalidades imaginarias, dar recurso simbólico para que sea trabajado y modificado

**Dr. Rubén Slipak**

Historizó todo su devenir y lo sintetizó: “ser o no ser director, esa es la cuestión”.

Hay que hacer: cumplir la ley. Si cada actor se apropiara de las leyes, queda a los funcionarios hacerla cumplir.

Se cumple con los derechos humanos cuando se cumple con la ley. Los trabajadores ofreciendo la resistencia. No perder la memoria. Esta es la que va más allá de los acontecimientos

El espíritu de las leyes, no es un médico hegemónico

El manicomio no es el edificio sino una manera de pensar la locura.

Habló sobre el poder ¿el estado se hace cargo? ¿existe una ética de lo público?

**Dr. Luis Mazzarella**

Adop adopi, dentro de la ley 448.

Htal moyano: amenazas y maltratos

Dejamos el dispositivo ideal, que es cuidar a los que cuidan.

Adop adopi: dispositivo previsto en la 448 cumpliendo con la formación de la interdisciplina sobre crisis de paciente en domicilio. Menciono a Stolkiner: lo importante es que no haya desniveles, que sea horizontal (nadie es jefe), 2 coordinadores. Hay que preservar el dispositivo en la horizontalidad.

Adop atiende adultos. Aumentó la demanda y ahora atiende adultos mayores.

Adop puente a la desmanicomialización. Puente entre lo monovalente y los nuevos dispositivos

No podemos salir ilesos de una intervención interdisciplinaria .hay que trabajar intersectorialmente.

**Lic. Gustavo Bertrán**

Estamos tomados por una lógica colonial: lo que viene de afuera siempre es mejor. Habla de la ley y critica los manuales.

Hospital de día: sugerido como dispositivo alternativo en el que se entrecruzan diferentes discursos terapéuticos, se trabaja interdisciplinariamente

Objetivo: evitar internaciones, los pacientes van y vienen

Dispositivos integradores del discurso psicótico. La locura se diluye entre otras enfermedades (al lado de O.R.L). Hay solo 1 sala de hombres

Integrar: dar asilo al que lo necesita, o aislar al que lo necesita

Se piensa la salud como gasto, reduce costos, o como derecho?. pensar la salud como gasto es lo más crudo del neoliberalismo.

Como derecho: lo están definiendo como oferta tiempo-espacio. La primera intervención es el cronograma. Inicio y cierre para que se establezca una historia.

Como definen la reunión de equipo: estrategia grupal pensada en conjunto, pensando la dirección de la cura

**Psic. Soc. Alberto Sava**

Refiere que no tienen recursos humanos, ni técnicos. No están en el presupuesto, ni reconocidos por la institución: son marginados, segregados. Relata que un centro cultural, se hizo a espaldas del frente y es dirigido por un médico psiquiatra, y no por artistas. Actualmente cuentan con reconocimiento de la Legislatura: programa para otros hospitales.

El arte ayudando al proceso de desmanicomialización.

Querían una estructura horizontal y no vertical, por lo que armaron una asamblea que propone, decide, vota, coordina

nada por artistas y no por otras disciplinas

Definió manicomio como el lugar donde se violentan todos los derechos humanos

La salida tiene 3 efectos:

- 1 Personal y subjetivo: el arte abre la posibilidad de sentir y hacer
- 2 Institucional: el arte sale, sale la persona
- 3 Social: en la medida que circule en la sociedad modifica el imaginario colectivo de esta.

## **LEGISLACION, CARRERA PROFESIONAL DE LA SALUD Y SALUD MENTAL**

**Dra. Adriana Meléndez** Jefa del Servicio de Hospital de Día del Hospital Tobar García

**Lic. Olga Yedaide** Presidenta de la Asociación de Psicólogos del GACBA

**Lic. Carlos Urtubey** Coord. de Seguimiento de concursos Asoc.Psicol. GACBA

**Lic. Carlos Urtubey**

La carrera profesional es una norma específica con cuerpos legislativos relacionados. En el caso de los profesionales de la salud, esto son:

Ley de empleo 471 de Relaciones Laborales

Decreto Ley 1510

Ley 153 Básica de Salud

Ley 448 y 26657

Actualmente la carrera se divide en una rama técnico administrativa y rama asistencial. Pero reserva lo asistencial a los médicos y por lo tanto está desincronizada de las leyes 448 y 26657

**Dra. Adriana Meléndez**

La interdisciplina implica trabajar codo a codo sin hegemonías ni discurso único. La hegemonía discursiva es producto de la instalación de ideas dominantes con una larga historia, inscripta en contextos con cambios constantes.

Cuando los poderes entran en competencia, el contrapoder limita sin pretensión de hegemonía

Los obstáculos por conflictos tienen que ver con lo político.

A pesar de que algunos profesionales ignoran la Ley, estamos para garantizar su implementación.

**Lic. Olga Yedaide**

De lo que no se habla por renuencia al progresismo y la interdisciplina que proponen las leyes:

La carrera de salud está íntimamente ligada a las estructuras. Cuando los servicios de Nación pasaron a la ciudad, no se unificaron las carreras.

En los polivalentes los servicios de Salud Mental son servicios de Psiquiatría. Pertenecen al Depto de Medicina y los psicólogos siguen considerados personal de colaboración. Hay una renegación de las nuevas leyes.

La carrera niega el sentido progresista de la igualdad de oportunidades de las distintas profesiones. Hay renuencia a adecuar las estructuras a los dispositivos y prácticas de la Ley 448

La carrera de la salud se confronta con las leyes de SM en cuanto a su cumplimiento.

Esto implica una reorganización de los servicios no sólo del sistema público, sino también privado.

Se parte de considerar la salud como derecho humano y no como bien de consumo.

## **POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL III**

*Dip. Dra. Diana Maffia*

*Dip. Lic. Silvina Pedreira*

*Dr. Juan Garralda Director - General de Salud Mental del GCABA*

*Dr. Hugo Cohen – Asesor Subregional en Salud mental para Sudamérica-OPS/OMS*

**Diana Maffia**

Se refiere al espíritu común de las leyes 448 y 26657 y su antagonismo contra el modelo médico hegemónico (MMH), también al cuestionamiento ideológico que se plantea en términos de conceptos de salud y enfermedad.

Plantea la relación entre este modelo y la medicación que puede derivar en círculos virtuosos (progreso) o viciosos (avasallamiento de derechos de los pacientes)

Hace eje en la necesidad de un cambio cultural para la implementación de las leyes, basado en cuestiones como:

- Concepción de salud amplia (no sólo falta de padecimiento)
- Sujeto de derecho vs objeto tutelado por la justicia
- Cambio de paradigma sobre el origen de la enfermedad



- Redefinición de las responsabilidades (no sólo médicas) del equipo de salud
- Cuestionamiento a la psiquiatrización de la vida cotidiana (ej de historia de género y SAP)

#### **Dr. Hugo Cohen**

Plantea el riesgo de simplificación de la salud mental (enfrentamiento psicólogos-psiquiatras)

Detalla el marco legal de las leyes de salud mental y los compromisos asumidos como estado Argentino en relación a pactos y tratados internacionales.

Puntualiza datos estadísticos que muestran el impacto de las problemáticas en salud mental en Latinoamérica y se refiere a la brecha (inequidad, acceso) y a la continuidad de cuidados.

Diferencia a la desmanicomialización del abandono, el negocio de venta de terrenos, la reducción de camas, etc.

Resalta la necesidad de sensibilizar a la población para llevar adelante estos procesos.

#### **Dr. Garralda**

Plantea que estamos en un momento de lucha de paradigmas, relatando distintas anécdotas que dan cuenta de que se trata de una lucha muchos años.

Se refiere a las resistencias concientes e inconcientes a los cambios y al pasaje de lo hospitalocéntrico a lo comunitario

Hace referencia a las dificultades con el poder judicial (saturación, falta de conocimientos específicos)

Refiere que ha disminuido el número de internaciones judiciales a partir de la nueva ley, lo cual evalúa positivamente.

Plantea la necesidad de una formación de grado menos individualista (se refiere especialmente a Psicología)

Considera que su gestión está en la misma nave que los sectores presentes en la Jornada.

### **INTERNACIONES. ARTICULACIONES ENTRE LAS LEYES 448 Y 26657**

**Dr. Lucio Mastandrea** Jefe Depto N3 de Internaciones Htal Borda

**Dr. Mariano Laufer Cabrera** Defensoría General de la Nación

**Dra. Gabriela Spinelli** Asesoría General Tutelar

**Dr. Julio Moscón** Htal Alvear

#### **Dr. Lucio Mastandrea**

Dificultad en la articulación entre diversos sectores (justicia, desarrollo social, etc.)

Desde 1928 se podía internar con la firma de dos médicos con la calificación de enfermo mental o alienado, peligroso para si y para terceros. En esos términos se diagnosticaba a una persona para internarla.

En septiembre de 1983 se sanciona la Ley 22914 y se edita luego un libro de Cárdenas y Grimson. Se intentaba proteger judicialmente la libertad de las personas.

La burocracia rompía las posibilidades terapéuticas. Se hacía difícil un mano a mano con la justicia.

Se llegó a un acuerdo a comienzos de los '90 con Ricardo Soriano en la Dirección de Salud Mental de Ciudad.

Se propuso un Centro de Observación y Evaluación de los pacientes judiciales. Se llegó a una acordada con el poder judicial (Cámara Civil)

Después se pudieron abrir los centros en el Tobar y Moyano para evitar internaciones indebidas.

Faltaban alternativas a la internación.

1999-Se señala en la Ley 153 la especificidad de la Salud mental

2000 Ley de Salud Mental 448

2004 Reglamentación de la Ley de Salud Mental. No participó gente de la Justicia. Cuestionamiento de la Ley por parte del Dr. Molina. Se cuestionaba y se planteaba la aplicabilidad por la contraposición al 482 del Código Civil. Los fallos de la Justicia determinaron que la legislación no se contrapone.

No hay indicaciones actuales de la Dirección de Salud Mental acerca de cómo proceder en casos de internación.

#### **Dr. Julio Moscón**

Expone La experiencia de un tipo de clínica particular en la guardia del Hospital Alvear. Es un cierto tipo de paciente, terapeuta y respuesta. Los primeros trastornados somos los profesionales.

Se trata de pacientes que carecen de su lugar de sujetos. Un sujeto que no tiene lugar.

El terapeuta se previene desde sus miedos y prejuicios. Se usan las herramientas psiquiátricas para controlar cierto nivel de violencia.

Es importante entonces darle la palabra, darle un lugar. No extremar los recursos de control.

El nivel de demanda de estos pacientes con patologías del acto excede las posibilidades del terapeuta. Se necesita un equipo interdisciplinario.

Un sistema social que genera productos de consumo y sujetos de deshecho. Y una internación que puede caer en lo policial y no en lo terapéutico.

Es posible alguna variante? Darle la palabra al sujeto que es parte de la contención que también requiere que el paciente incorpore algún límite.

Se podría dar respuesta a nivel de la infraestructura? Es imprescindible para que la palabra haga acto.

**Dr. Mariano Laufer Cabrera**

La Ley Nacional es Ley de Salud y Derechos Humanos. Regula otros derechos. Es un estándar mínimo para todas las provincias. Es una reglamentación para la Argentina del derecho internacional (Declaración de Caracas, Derechos de las personas con discapacidad, etc.)

Se trata del cumplimiento de tres fallos de la Corte Suprema.

Una internación involuntaria es privación de la voluntad que debe ser regulada por una Ley.

En caso de duda se aplica el principio pro hominis más beneficioso.

Reconoce a la internación como último recurso.

Deja de lado la noción de peligrosidad.

En la 26657 se ponen cargas a la defensa pública. Obliga a otorgar a los pacientes defensa pública.

También incluye el derecho de revisión por un Órgano de Revisión.

La Ley Nacional obliga a trabar en la desinstitucionalización.

Según la 26657 los dos profesionales que internan son de diferente profesión. Para la 448 no debe ser de la misma clínica en las internaciones privadas.

La decisión del alta no requiere autorización judicial.

Ambas leyes pueden aplicarse sin conflicto de competencias.

**Dra. Gabriela Spinelli**

La Ley 448 plantea la comunicación en el caso del menor al Asesor Tutelar. La Ley Nacional exige que se comunique al Juez y al Órgano de Revisión.

Ambas leyes hacen referencias a que se deben tener en cuenta las leyes de protección de niños, niñas y adolescentes.

Se deben cumplir los requisitos de internación involuntaria.

Se le da carácter de privación de la libertad a las internaciones de menores.

El incumplimiento de la Ley está dado por la falta de instituciones alternativas de salud y también de Desarrollo Social.

Las instituciones de Desarrollo Social se niegan a incorporar niños con padecimientos mental.

En materia de adicciones la 26657 establece que la Política de Adicciones debe ser parte de las políticas de Salud Mental.

En Ciudad no hay articulación entre Desarrollo Social y Salud para la política de adicciones.

El modelo de abordaje de las comunidades terapéuticas se contraponen con la 26657:

- internaciones prolongadas
- sistemas de aislamiento
- reglas rígidas de convivencia
- contenciones físicas
- altas dosis de medicación
- incumplimiento del consentimiento informado

## **APORTES PARA LA REGLAMENTACION DE LAS LEYES 448 Y 26657.**

### **Síntesis de las dos Jornadas, apertura al público.**

Lic. Andrés Añon - Asociación de Psicólogos del GCBA

Dra. Mercedes Bontempo - Hospital Alvear

Dra. Adriana Melendez - Hospital Tobar García

Lic. Miguel Tollo – Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la C.B.A.

La síntesis se expuso a partir del trabajo de los siguientes sintetizadores: Lic. Susana Benveniste, Lic. Lelia Sarmiento, Lic. José Graiño, Dra. Adriana Melendez, Lic. Ana Bodedenave, Dr. Gustavo Dupuy, Lic. Miguel Tollo

• **VERSIÓN TAQUIGRÁFICA COMISIÓN DE PRESUPUESTO, PÁRRAFOS CORRESPONDIENTES A LA INTERVENCIÓN DE LA DIP. MARÍA ELENA NADDEO EN RELACIÓN CON SALUD MENTAL**  
**FS 35/44**

**Sra. Naddeo.**- Buenos días, al Ministro y a su gabinete.

En principio, quiero agregar otro comentario vinculado con los medicamentos. Además de estas cuestiones que ya se analizaron, existe un tema vinculado con cierto malestar que recogimos a lo largo del año –y lo hablamos con motivo de la visita del Ministro Lemus el 6 de abril– que tiene que ver con el personal de salud encargado de las farmacias de los hospitales y, particularmente, del área de Salud Mental. Ellos nos dicen que sigue existiendo este problema, que se centra en el tema de la poca frecuencia o los escasos días que tiene la vigencia de la reposición de stock.

Escuché decir al doctor Pérez Baliño que este sistema que ustedes han diseñado evita que se acumulen stocks. Esto ustedes lo viven como un nivel de eficiencia pero, en realidad, a las farmacias de los centros de salud y de los hospitales lo que les pasa es que como la provisión es –o era– semanal, se les acaba rápidamente y para poder reponer el stock están desesperados y estresados, porque tienen muy poco tiempo entre el consumo y la reposición del material que proviene del Ministerio de Salud.

- Asume la Presidencia el diputado Kravetz.

**Sra. Naddeo.**- En aquel momento el doctor Lemus nos dijo que estaba revisando los plazos y que se iban a ampliar. Hasta hace 15 días, en alguna reunión de la Comisión Especial de Salud Mental, recibimos el comentario de que este tema sigue siendo una preocupación.

**Sr. Presidente (Kravetz).**- Tiene la palabra el Subsecretario Pérez Baliño.

**Sr. Subsecretario (Pérez Baliño).**- En realidad, si nosotros leemos cualquier libro escrito por el ministro y muchos otros de literatura de bibliografía nacional o internacional, la tendencia sanitaria tiende a descentralizar las compras. Es decir, parece ser un sistema mucho más eficiente descentralizar las compras. Varias veces, desde la gestión, hemos tratado de ver cómo se podía dar esta situación.

Hubo una decisión de política de Gobierno de controlar los costos y darle eficiencia a la compra; para ello, se tomó en un momento dado una decisión de centralizar, pero no tuvimos una buena respuesta. Esto fue durante el año 2008 y la verdad es que tuvimos graves problemas.

¿Qué nos interesa a nosotros del punto de vista médico? Lo que nos interesa es que un sistema así es un sistema de compra y decisión de compra descentralizada y de pago centralizado. Repito: hay muchas instituciones en nuestro país que lo utilizan y se convierte en un sistema eficiente.

Nuestro sistema, el que tenemos ahora en la ciudad, todavía no es eficiente. En este año hemos estado haciendo la experiencia para tratar que nuestro sistema sea eficiente. Todavía falta el ajuste y el aprendizaje de las dos partes. ¿Por qué de las dos partes? Yo le voy a decir mi experiencia como médico de hospital. Tenemos la costumbre de tratar de tener mayor cantidad de insumos de lo que vamos a necesitar, porque siempre tenemos temor, en cualquier época y en cualquier gestión, a que en un momento dado disminuya la cantidad de ese insumo. Por eso, tenemos demasiado stock. Por todo lo que dijimos, no es eficiente tener un stock demasiado alto.

En este caso, cuando se trabaja con stock bajo –que es un nivel cultural que uno tiene que tener–, se necesita que del otro lado, el que provee, sea muy eficiente, y todavía, el que provee no es muy eficiente. Es decir, todavía tiene defectos en la provisión. Es por eso que pasan estas alteraciones en las que uno ve a las farmacias muy preocupadas porque se les termina el stock y parece que no llegan a reponerlo.

Es decir, por un lado, todavía no existe la costumbre de trabajar con bajo stock; y, por el lado del proveedor, no construimos una eficiencia de que le asegure al que recibe que siempre va a tener el medicamento. Estamos en la etapa de ver si esto se puede ajustar. Estos son los defectos que usted está viendo. Porque si yo estuviera seguro de que mañana tengo el insumo, no me importa que se venza dentro de tres, cuatro o seis meses. Este es el tema que todavía no hemos podido articular.

**Sra. Naddeo.**- ¿Van a revisar los plazos?

**Sr. Subsecretario (Pérez Baliño).**- Sí, por supuesto.

**Sra. Naddeo.**- Por otro lado, estamos tratando de encontrar el presupuesto de la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud. Como usted sabe, hay una comisión especial; nos hemos reunido y hemos hablado del tema en varias oportunidades, y, la verdad, saludamos la nueva jerarquización de la Dirección de Salud Mental, que había sido desjerarquizada un par de años atrás y que, este año –en esta última reestructuración del ministerio, y después de un debate importante en el COFESAM– nuevamente se convirtió en Dirección General de Salud Mental.

Nuestra expectativa era ver reflejado en el presupuesto del Ministerio de Salud, el área de Salud Mental, pero nos encontramos con que no está. Debe estar subsumida en las actividades comunes o centrales a las distintas áreas. Entonces, como hay una puesta al cumplimiento de la Ley 448, compartida con la Dirección Salud Mental, todos los equipos y la Comisión Especial de Salud Mental de esta Legislatura, queremos saber cuál es el presupuesto de la Dirección General de Salud Mental y los montos específicos que se plantean para 2011 para los nuevos dispositivos, los alquileres, las becas, la externación de los pacientes con padecimientos mentales o la no inclusión o tratamiento en distintos servicios.

También queremos saber acerca de la transferencia del Decreto 647 al que usted hizo referencia.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Está en otro lado, pero está.

**Sra. Naddeo.**- Por eso, lo podemos analizar.

Luego deseo hacer algunas preguntas más específicas.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- El presupuesto se armó y se puso en el sistema en el mes de agosto, y todo esto coincide con los momentos de la creación de la Dirección General.

En principio, hay 18 ó 20 millones de pesos que faltan, que están en el Ministerio de Desarrollo Social. Respecto del presupuesto de Salud Mental, los conceptos están todos ahí, pero no quiere decir que se vean. Lo que vamos a hacer en el próximo mes y pico es tratar de separarlos para que le quede claro a todo el mundo qué es lo que tiene.

Le voy a hacer un comentario más. De los 11 millones de pesos que pidió la Dirección General de Salud Mental, hay algunos temas que tienen que ver con activos de compra de autos, etcétera, y parte de la fiscalización la vamos a controlar con un servicio porque tenemos otra forma, no hace falta comprarles autos, porque hay. O sea, hay una serie de temas que posiblemente hagan que esos 11 millones suban o bajen dependiendo del tema. Es decir, dentro de los 11 millones de pesos, hay algunos rubros sobre los que no llegamos a discutir cómo se soluciona ese problema en especial. Por lo tanto, eso lo vamos a acordar dentro de los próximos treinta días, para que todo el mundo esté tranquilo de que lo que se necesita en Salud Mental está ahí.

**Sr. Presidente (Kravetz).**- Diputada: ¿va a formular otra pregunta?

**Sra. Naddeo.**- Sí, claro.

Sinceramente, en líneas generales, nos parece que 11 millones de pesos para la puesta en marcha de los dispositivos de la Ley 448, es muy poco. Si lo comparamos con este dato que usted nos aporta, que son entre 18 y 20 millones las transferencias del costo que tiene el Estado para pagar las comunidades o clínicas psiquiátricas donde hay internados pacientes, es el doble de lo que se está proponiendo para la atención en medio externo o semi abierto, como son las casas de medio camino y las residencias protegidas. Entonces, el tema de adicciones está incluido dentro de...

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Dentro de los efectores que tienen esos centros. Hay tres centros de salud de atención de adicciones: uno, es el BIEDA, que está en el número 10; el Carlos Gardel, que hoy se está mudando; y el tercero es "La Otra Base de Encuentro". Todos tienen su presupuesto dentro del efector del cual dependen. Y aparte de estos presupuestos, están todos los presupuestos de obra. Es decir, para "La Otra Base de Encuentro" hay presupuesto de obras; para el Carlos Gardel no, porque se está mudando. Y, cada uno de los efectores de salud mental, tiene su presupuesto específico de obras.

**Sra. Naddeo.**- Lo que sucede es que esto no lo vemos reflejado en el presupuesto, ni el centro ni las obras del BIEDA, ni del Carlos Gardel, ni de "La Otra Base del Encuentro", que son los tres centros de atención externa que tiene la ciudad en adicciones.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Lo vamos a separar para que se vea.

**Sra. Naddeo.**- Y entonces, ¿lo vamos a tener en la Comisión de Hacienda?

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Sí, no hay ningún problema.

**Sra. Naddeo.**- Con respecto al BIEDA y a otros centros que atienden en Salud Mental, distintos efectores nos han transmitido que al 1º de noviembre habría una disposición por la cual cesan los módulos de guardia, por lo menos en algunos efectores. Esto ha generado una preocupación que queremos esclarecer.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Voy a aclarar totalmente el tema de módulos asistenciales.

El decreto original tenía una forma, pero se fue modificando. En este momento, el módulo asistencial desaparece en el efector cuando la persona que deja de hacer módulos pasa a efectivizarse y se hace cargo o empieza a cobrar. O sea, hay hospitales que a fin de año, no me acuerdo exactamente cuáles, van a tener todos sus nombramientos hechos –porque esas personas sustituyeron con un cargo fijo el módulo asistencial–, y van a dejar de tener módulos. Pero no es un momento matemático, es cuando el hospital se completa y las personas que hacían los módulos cobran. Así que en el presupuesto del año que viene hay plata para módulos que van a ir usándose a medida que esos módulos se sigan haciendo. Por lo tanto, no es que se corta el 31 de diciembre.

**Sr. Presidente (Kravetz).**- El señor Pérez Baliño quiere hacer una aclaración.

**Sr. Subsecretario (Pérez Baliño).**- Diputada: estamos hablando de los módulos asistenciales y no de los módulos de suplencias de guardia. Las suplencias de guardia siguen funcionando como siempre.

**Sra. Naddeo.**- Me parece que hay personal de algunos centros que están designados que cobran como suplencia de guardia, pero están afectados a otras tareas.

**Sr. Subsecretario (Pérez Baliño).**- Si son suplencias de guardia –y hay que ver qué es lo que se está pagando puntualmente–, las suplencias de guardia no caen en ningún momento.

**Sra. Naddeo.**- O sea que no cesan, no va a haber cese de prestaciones de servicios y no ha habido ninguna modificación ni en el BIEDA, ni en el Penna, ni en ningún lado.

- Ocupa la Presidencia su titular, diputado González.

**Sra. Naddeo.**- Las obras a las que se refirió el doctor Kirby están explicitadas en cada uno de los efectores. Tanto la Comisión de Salud como la Comisión Especial de Salud Mental han hecho un seguimiento muy atento, el año pasado y este año, respecto de la obra del Hospital Infante Juvenil Tobar García. Afortunadamente, las obras se han iniciado, pero vemos que, para 2011, hay un presupuesto de 3 millones de pesos para construcciones en el Hospital Tobar García. La información que nosotros tenemos es que el cálculo de la obra es de aproximadamente 7 millones de pesos. Por lo tanto, queremos saber el motivo de esta diferencia.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Para 2011, tenemos previsto 7 millones 400 mil pesos para el Hospital Tobar García.

**Sra. Naddeo.**- El presupuesto dice 3 millones.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Debe haber alguna confusión.

**Sra. Naddeo.**- Pero es muy importante.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Se trata de 7 millones y medio de pesos.

**Sr. Presidente (González).**- Diputada: más allá de la constancia en la versión taquigráfica, le comento que, luego de terminada la discusión en la comisión, nos quedan tres semanas para repasar todas y cada una de las partidas. Durante ese lapso, vamos a resolver esta situación y, si hubiera un error, lo vamos a corregir.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Debe tratarse de un error.

**Sra. Naddeo.**- El diputado Campos me comenta que lo encuentra en otro lugar, pero en el desagregado del programa del Hospital Tobar García, en Construcciones, figuran 3 millones de pesos.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Para que quede registrado en la versión taquigráfica, le aclaro que es de 7 millones 400 mil pesos.

**Sra. Naddeo.**- Entonces, en el presupuesto debemos incluir 7 millones 400 mil pesos.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Vamos a enviarle la información correcta, porque debe haber algún error; pero le garantizo que se trata de 7 millones 400 mil pesos.

**Sra. Naddeo.**- Son 7 millones 400 mil pesos para el año 2011.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Exactamente. Esa suma es para terminar el Hospital Tobar García.

**Sra. Naddeo.**- En obras.

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- En obras.

**Sr. Ibarra.**- Y 3 millones de mantenimiento.

**Sra. Naddeo.**- ¿Y 3 millones de mantenimiento?

**Sr. Subsecretario (Kirby).**- Estamos ampliando nuestro presupuesto de mantenimiento de hospitales. La idea es incluir una serie de hospitales en los acuerdos de mantenimiento. Si el Hospital Tobar García accede a incluirse, esos 3 millones y medio serían para mantener la inversión a lo largo del tiempo.

**Sra. Naddeo.**- Quiero formular tres preguntas cortas; no sé si podrá darme las respuestas en este momento.

Por un lado, sabemos que, dentro de los equipos del SAME, hay móviles psiquiátricos y especializados en la temática de adicciones. En 2006, se aprobó el Decreto 1551, por el cual se empiezan a constituir las guardias especializadas en adicciones. Se preveía contar con dos móviles. Supongo que están vinculados con el área del SAME.

En la propuesta 2011, el SAME Psiquiátrico tiene previstos tres móviles. Quiero saber si esto es suficiente, si se puede contar con móviles para la atención en adicciones en casos de emergencia, ya que se trata de un dispositivo sumamente importante, y es necesario que Salud lo fortalezca desde el punto de vista de la política pública.

Por otro lado, nos están faltando las metas de pacientes externados en el área de Salud Mental. Me refiero a las metas previstas en los dispositivos alternativos a la institucionalización.

Por último, como ustedes saben, tenemos un conflicto con el servicio de Terapia Asistida con Animales. Hasta hace un mes, el servicio de Zooterapia funcionaba en el Parque Roca. Los padres se han presentado en la Justicia.



Lamentablemente, la vía político-institucional no prosperó, y esta situación va a estar en manos de la Justicia. Quiero saber cuándo piensan restablecer el servicio en el Parque Roca; si hay un cronograma, alguna alternativa o propuesta para reparar esta decisión política.

**Sr. Presidente (González).**- Tiene la palabra el señor Ministro.

**Sr. Ministro (Lemus).**- La primera pregunta se la va a contestar el doctor Crescenti, titular del SAME, que es quien tiene a cargo esta actividad; y las otras dos preguntas las va a responder el doctor Garralda, Director General de Salud Mental.

**Sr. Director General de Atención Médica de Emergencia –SAME– (Crescenti).**- Diputada: como usted sabe, tenemos un móvil de psiquiatras afectado al Alvear. Hace dos años, hemos incorporado la Zona 12 con psiquiatras, y un móvil liviano con un psiquiatra más. Todos ellos están capacitados para atender tanto los códigos Zoo, que son psiquiátricos, como las adicciones. Ya están en movimiento. Creo que están contemplados dos o tres móviles más para psiquiatría, y podemos disponer de un cuarto y un quinto y regionalizar, con uno por región, cada dispositivo. Todo esto se realiza en coordinación con el área de Toxicología del Hospital Fernández. Teniendo en cuenta las mandas judiciales que nos están llegando, el servicio está a disposición, en minutos, para atender a cualquier persona con problemas de adicción en la Ciudad.

**Sra. Naddeo.**- Doctor: tenemos quejas en el sentido de que se llama al SAME Psiquiátrico desde un hogar infantil o desde un domicilio, y primero concurre el SAME y evalúa; el SAME llama a la Policía y recién ahí la Policía se acerca con el SAME Psiquiátrico. Es preferible llamar directamente a la Policía, porque viene más rápido. Tenemos varias experiencias en ese sentido.

**Sr. Director (Crescenti).**- Diputada: le pido una interrupción.

El tema es al revés: la gente llama al 911, llega el patrullero con dos policías que no saben qué hacer, y nos llaman a nosotros. Es totalmente al revés. Si llaman al 107, no hay ningún problema en acudir. Si tienen alguna queja, solicito que nos la hagan llegar a la Dirección General.

No queremos que la población llame al 911, de la Policía Federal; no tiene por qué hacerlo. La Policía tiene que ocuparse de su misión específica, que no es atender al ciudadano en cuestiones de salud.

**Sra. Naddeo.**- Doctor: más allá de valorar mucho, desde siempre, la tarea del SAME, muchos profesionales del SAME –no del SAME Psiquiátrico–, frente a la incertidumbre o al riesgo, prefieren llamar a la Policía e ir acompañados. En algunos lugares, es obvio que esto sea así. Pero la indicación de ustedes es la atención directa.

**Sr. Presidente (González).**- Absolutamente.

**Sr. Director (Crescenti).**- Le contesto algo más, diputada. Antes entrábamos a ciertos lugares solos, con el guarda-polvo blanco; pero debido a las últimas agresiones al personal de salud en los códigos zoo-psiquiátricos, hoy no lo podemos hacer.

**Sr. Presidente (González).**- Gracias, doctor.

Tiene la palabra el doctor Garralda, para responder las otras dos preguntas.

**Sr. Director General de Salud Mental (Garralda).**- El tema de zooterapia es delicado; es un tema de auditorías, controles e irregularidades muy graves y serias, y no sé si vale la pena considerarlo aquí. Todos hemos coincidido con esto desde hace muchísimo tiempo.

Aquí tenemos un informe realizado por la gente de la Dirección de Salud Mental, integrada por personas de distintas áreas. También hay informes y auditorías anteriores respecto de ese servicio, con irregularidades muy serias, que no sé si corresponden conversarlas en este ámbito. Pero la auditoría está a disposición de los señores diputados. También está a disposición el informe que llevó a cabo la gente de mi equipo con relación a esto.

Lo más importante es que no hay ningún relevamiento científico; en ningún lado hay presentaciones de trabajo. Los profesionales de la salud intentamos, en los lugares que corresponde, debatir nuestros avances, nuestros fracasos, nuestros progresos. Esta persona jamás ha hecho ninguna de estas cosas. Para colmo de males, tenemos al Instituto Pasteur para controlar la sanidad de los animales y jamás fueron controlados allí. La cantidad de pacientes que se atienden no es la que se dice, sino muchísimos menos, según el informe que tengo aquí.

Todo esto es muy reciente. Por nota, le hemos pedido al área de Recursos Físicos del Ministerio que haga un relevamiento del lugar físico. Creo que ese lugar es muy interesante para hacer un proyecto comunitario, para que se incluya la terapia asistida por animales.

También quiero decir que el sistema de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires hace terapia asistida con animales desde hace más de 20 años. La gente que lo realiza es especialmente del hospital Tobar García, que tiene un programa maravilloso, llamado “Cuidar, cuidando”; junto con gente de Terapia Ocupacional del Moyano trabajan en terapia física con animales y hay gente del ISAR. Esa gente trabaja seria y científicamente, y expone sus trabajos

en los lugares que corresponden. Como ustedes saben, es un trabajo muy sensible, porque se trabaja con animales a los que todos les tenemos mucha estima. Los niños tienen deterioros graves...

**Sra. Naddeo.**- Disculpe, doctor, ¿estuvo allí? ¿Conoce el lugar, la gente, el equipo, los animales?

**Sr. Director (Garraida).**- Es más: en el equipo –que está compuesto por cuatro personas– hubo inconvenientes muy serios entre las personas que estaban a cargo del lugar y otras que están allí. Acá hay una persona que está trabajando en ese lugar que, si quieren, les puede contar.

No sé si es adecuado hacerlo en este recinto, pero les puede contar su experiencia...

**Sra. Naddeo.**- ¿Cuándo lo piensan reabrir?

**Sr. Director (Garraida).**- Mañana al mediodía tengo una reunión con una asociación no gubernamental que realiza terapia asistida con animales. Vamos a debatir; ellos me van a hacer una propuesta de trabajo y posiblemente firmemos un convenio.

Tenemos un convenio con la gente de Terapia Ocupacional de los dos hospitales monovalentes para hacer terapia asistida en ese predio a través una huerta y un proyecto comunitario. Además, tenemos la suerte de que ese predio está dentro del Parque Roca, que es un centro deportivo, en donde pensamos realizar actividades integradoras siguiendo los modelos comunitarios italianos. Éste es el proyecto que tenemos, pero no sé si son temas para hablarlos aquí.

**Sra. Naddeo.**- Sí...

**Sr. Presidente (González).**- No; acá estamos en el tema presupuestario.

Diputada: usted es la segunda oradora. He dejado que cada uno pueda explayarse; tomando la sugerencia que me realizó el diputado Abrevaya en otra reunión de la Comisión de Presupuesto, voy a poner a consideración de los señores diputados la posibilidad de que cada uno haga la cantidad de preguntas que quieran, pero que elijan las tres más importantes y el resto que se lo contesten por escrito.

Tengo muchos diputados anotados para hacer uso de la palabra. No es éste el caso, porque estamos hablando de Salud Mental y el diputado Selser no preguntó acerca de este tema, pero se hace muy tedioso –que no sé si es la palabra– o engorroso el funcionamiento.

**Sra. Naddeo.**- Particularmente cuando las respuestas son escasas.

**Sr. Presidente (González).**- Ése es su criterio, diputada.

**Sra. Naddeo.**- Ahí es cuando usted se da cuenta de que está pasando mucho el tiempo.

Para no seguir alargando este tema, lamento este incidente, porque es un área a la que todos apostamos que crezca.

Repito: lo va a resolver la Justicia. Esperaba que esta Legislatura y el Ministerio de Salud pudieran avanzar. ¿Qué atención les están brindando ahora los chicos que eran atendidos en terapia asistida del Parque Roca?

**Sr. Director (Garraida).**- Son muy pocos chicos los que están siendo atendidos ahí, según el informe que tengo aquí. Hay una persona que puede atestiguar eso.

Las historias clínicas estaban absolutamente desprolijas, no había un correlato clínico escrito. Las pocas personas que había tenían discapacidades físicas, no psíquicas. Por lo tanto, la Ciudad de Buenos Aires tiene dos institutos –el INAP y el Roca–, en donde esos chicos pueden ser atendidos.

Según lo que he consultado con varios de nuestros colegas, que no voy a mencionar pero que trabajan seriamente en el tema, me hicieron una crítica muy seria respecto de la forma con que se trababa a los chicos. Incluso, con los neurólogos, porque es un campo más de la neurología que de la psiquiatría. Por eso, los remitimos a nuestros especializados en rehabilitación física...

**Sra. Naddeo.**- Hace 17 años que funciona ese servicio, ¿y ustedes se dieron cuenta ahora?

**Sr. Director (Garraida).**- Me di cuenta ahora, porque hace dos meses y medio que asumí en el cargo. Pero la gente que está en Salud Mental dice que desde hace mucho tiempo que está intentando avanzar sobre este tema y ponerle un coto, pero desde hace muchos años que no lo pudieron hacer los anteriores directores de Salud Mental de otras gestiones.

Finalmente, hemos obtenido un resultado: tenemos el consenso de todos los profesionales del área. Por eso, diputada, creo que no tiene sentido seguir hablando de esto.

**Sra. Naddeo.**- ¿Cuánto es el costo de este servicio? En realidad, es un equipo que tiene muy poco presupuesto asignado.

**Sr. Director (Garraida).**- Son cuatro personas.

**Sr. Kravetz.**- ¿Cuánto es el presupuesto?

**Sr. Presidente (González).**- Funciona con cuatro personas, diputados. No tenemos el recibo de sueldo.

- Hablan varios a la vez.

**Sra. Naddeo.**- No están imputados, porque toda el área de Salud Mental no existe en el presupuesto del Ministerio de Salud, sino que están incorporados en programas y actividades comunes, y embolsados en otras partidas. No tiene reflejo presupuestario propio. El programa de terapia asistida con animales tiene muy escaso presupuesto.

En verdad, valoramos mucho el programa “Cuidar, cuidando”, que es histórico en la Ciudad de Buenos Aires y depende del hospital Tobar García. También valoramos las acciones que se desarrollan en el Moyano. Las conocemos desde hace mucho tiempo, así como también las que se realizan en el Parque Roca.

Quiero decir que cuando el Gobierno de la Ciudad detecta una problemática aplica la vieja frase “ramal que para, ramal que cierra”. Entonces, si funciona mal, lo cerramos. En realidad, deberían haber solucionado los problemas administrativos detectados.

Esperamos que lo reabran pronto.

**• DECRETO N.º 647/2010  
BUENOS AIRES, 18 DE AGOSTO DE 2010**

**VISTO:**

La Convención sobre los Derechos del Niño, la Constitución Nacional, los artículos 10 y 39 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley Nacional N° 26.061, las Leyes N° 114, 448, 2.339 y 2.506 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Decreto N° 2.075/07 y sus modificatorios, y el Expediente N° 833.877/10, y

**CONSIDERANDO:**

Que la Convención sobre los Derechos del Niño, de acuerdo al artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, establece que los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la misma;

Que la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en su artículo 20 dispone que deberá garantizarse el derecho a la salud integral, que está directamente vinculada con la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente;

Que por el Decreto N° 2.075/07 y modificatorios, se aprobó la estructura orgánica funcional del Poder Ejecutivo del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en función de las competencias asignadas a los Ministerios mediante Ley N° 2.506;

Que en virtud de lo establecido por la citada ley, es competencia del Ministerio de Salud, diseñar, ejecutar y controlar las políticas, planes y programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, en el marco del Sistema Único e Integrado de Salud, de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la normativa vigente;

Que por la Ley N° 2.339 se aprobó el Acta Acuerdo, registrada bajo Convenio N° 26/06, celebrada entre el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por medio de la cual se acordó, en su Cláusula Primera, que la Ciudad “asumirá la competencia para la determinación, procedencia y ejecución de las medidas ordinarias o excepcionales para la protección integral de los derechos en relación a las niñas, niños y adolescentes que residen y/o se encuentren en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir de veinticinco de septiembre de 2006, en el marco de las normas establecidas tanto en la Ley Nacional N° 26.061, como en la Ley N° 114 de la Ciudad de Buenos Aires”;

Que, con fecha 15 de febrero de 2007, y de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Tercera del Convenio mencionado en el acápite anterior, se llevó adelante el proceso de transferencia de servicios, programas y recursos desde la Nación a la órbita de la Ciudad de Buenos Aires, y en particular se procedió a transferir al entonces Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, actual Ministerio de Desarrollo Social, el Programa de Asistencia en Instituciones Conveniadas;

Que, en una primera etapa, y asumiendo las responsabilidades que le fueron delegadas en el marco de la mentada transferencia, el Ministerio de Desarrollo Social, llevó adelante la atención de los niños, niñas y adolescentes que se encontraban alojados en los dispositivos transferidos;

Que, la Ley N° 448, cuyo objeto consiste en garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, establece como autoridad de aplicación de la ley en cuestión, al nivel superior jerárquico del Gobierno de la Ciudad en materia de Salud Mental, esto es el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

Que teniendo en cuenta las particularidades y condiciones especiales de los niños, niñas y adolescentes que se albergan en los dispositivos transferidos, y que prestan una patología que afecta la salud mental, y a fin de brindarles una respuesta eficaz a su problemática cotidiana, resulta necesario transferir a la órbita del Ministerio de Salud la responsabilidad de su atención, toda vez que exceden las competencias propias del Ministerio de Desarrollo Social;

Que, por su parte, los Institutos que se dedican a la temática de discapacidad presentan condiciones específicas que atañen al ámbito de la salud integral de las personas y que requieren de una atención especializada, que por sus características superan la competencia propia del Ministerio de Desarrollo Social;

Que, a mayor abundamiento se destaca que el proceso de contralor y habilitación de los mismos recae sobre el Ministerio de Salud de la Nación;

Que por otra parte, cabe señalar que dentro de las responsabilidades primarias asignadas a la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud, se encuentra la de participar en la definición de las necesidades de recursos y tecnologías para la optimización del sistema de salud, en el marco de la Ley N° 448 y N° 153, utilizando como estrategia la intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario, la articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales y la familia;

Que, en atención a ello, resulta necesario transferir al Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las competencias relativas a la atención de los niños, niñas y adolescentes que presentan patologías de salud mental y discapacidad, y todos los convenios suscriptos en ese sentido.

Por ello, y en uso de las facultades conferidas por los artículos 102 y 104 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

## **EL JEFE DE GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES DECRETA**

Artículo 1°.- Transfiéranse, a partir del 1° de septiembre del corriente año, a la órbita de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las competencias relativas a la atención de los niños, niñas y adolescentes, con problemáticas de salud mental y discapacidad, que hasta el dictado de la presente correspondían al Ministerio de Desarrollo Social.

Artículo 2°.- Transfiérese a la órbita del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los convenios celebrados con instituciones de salud mental y discapacidad, que se detallan en el Anexo I que forma parte integrante del presente.

Artículo 3°.- Facúltase al Ministerio de Salud a celebrar convenios con instituciones de salud mental y discapacidad, que se encuentren habilitados por las autoridades competentes, en los términos y con los aranceles que fija la Resolución N° 57/2010 del Ministerio de Salud de la Nación o la norma que en un futuro la reemplace.

Artículo 4°.- Dispónese la creación de un comité interministerial, a los efectos de operativizar las transferencias mencionadas en los artículos precedentes, conformado por los Directores Generales de la Dirección General de Niñez y adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social y de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud, y por los funcionarios que ellos designen.

Artículo 5°.- Transfiérese, al Ministerio de Salud los créditos correspondientes a la Partida Presupuestaria 45475663517, por la suma de pesos cuatro millones seiscientos seis mil ciento veintidós con dieciséis centavos (\$ 4.606.122,16.-).

Artículo 6°.- El Ministerio de Hacienda, a través de la Dirección General Oficina de Gestión Pública y Presupuesto, arbitrará las medidas pertinentes para dar cumplimiento al presente decreto.

Artículo 7°.- El presente decreto es refrendado por la señora Ministra de Desarrollo Social, el señor Ministro de Salud, el señor Ministro de Hacienda y por el señor Jefe de Gabinete de Ministros.

Artículo 8°.- Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, comuníquese al Ministerio de Desarrollo Social y al Ministerio de Hacienda y, para su conocimiento y demás efectos, remítase al Ministerio de Salud. Cumplido,

**archívese. MACRI - Vidal - Lemus - Grindetti - Rodríguez Larreta**

## • RESOLUCIÓN: 3098-D-2010

### Informes vinculados a la situación del subprograma de Zooterapia “Parque Julio A. Roca”

Artículo 1: La Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires solicita que el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y en el plazo no mayor de treinta días conteste los requerimientos vinculados a la situación del Sub programa de Zooterapia “Parque Julio A. Roca”. En tal sentido formulamos las siguientes preguntas:

1. Cantidad de profesionales y equipos destinados por el Ministerio para el desempeño en el sub-programa.
2. Presupuesto específico para la manutención y cuidado de los animales. Presupuesto y recursos asignados para el sub-programa en general, tanto en el 2010 como en el 2011.
3. Cuales fueron los motivos por los cuales se ordenó a la coordinadora del subprograma lic. Elsa Swarczman, retornar a su puesto de planta permanente en el Hospital Piñero. Motivos por los cuales no se propuso el pase definitivo al servicio de zooterapia.
4. Si se tuvo en cuenta que la ausencia de la mencionada coordinadora y titular de la custodia y cuidado de los canes del servicio iba a implicar la suspensión de la atención de los y las pacientes.
5. Que medidas se han tomado para restablecer la atención del subprograma. Explicitar designaciones posibles en curso o proyectos alternativos.
6. Si están en conocimiento de un proyecto por el cual se propone concesionar el Parque Roca a instituciones del sector sindical o empresarial para la instalación de un centro de carga y descargas u otros fines similares. Informe si pudiera existir alguna relación entre la paralización del subprograma de zooterapia y el proyecto de concesión de los terrenos del Parque Roca. y cualquier información que pudieran proporcionar al respecto.
7. Si no se estudió otra alternativa al desplazamiento de la coordinadora del propio servicio. Por qué no se dispuso el traslado definitivo de la lic. Elsa Swarczman como planta permanente de la Dirección General de Salud Mental, subprograma zooterapia para regularizar una situación de pase en comisión que data desde el año 1993.
8. Si las recomendaciones de la auditoría de la Ciudad de Buenos Aires podrían haber sido analizadas con el equipo profesional a fin de encontrar soluciones destinadas a regularizar el servicio y el funcionamiento del subprograma en aquellos temas patrimoniales y de la tenencia del transporte y de los animales, evitando de esta manera el desmantelamiento del mismo.
9. Si han valorado y analizado los resultados del trabajo de este equipo a lo largo de los distintos años de funcionamiento. Remitir informes del área respectiva con respecto al impacto en la población atendida.

Artículo 2: Comuníquese, etc.

## FUNDAMENTOS

### Sr. Presidente:

El Subprograma de Zooterapia del Parque Roca tiene una larga trayectoria. Se constituyó en 1993 y fue ampliando sus alcances y competencias gradualmente. Entre los años 2006 y 2008 se realizaron las refacciones en las instalaciones que ocupa en el Parque A. Roca.

En el año 2007 por Resolución 1068 publicada en el BO n° 2689 del 22/5/2007 el Ministerio de Salud crea el Programa de Rehabilitación con terapias asistidas por animales, compuesto por tres subprogramas “Psicoeducativo de terapia asistida por animales”, “Cuidar cuidando” y “Parque Julio A. Roca”, dirigido a niños y adolescentes que presenten discapacidad mental, motora, física y/o sensorial.

El informe de auditoría interna realizado por el Ministerio de Salud de la Ciudad contiene cuestionamientos diversos sobre los tres subprogramas, particularmente en aquellos temas vinculados con la concreción de aspectos programáticos y administrativos.

En lo que hace al Subprograma Parque Roca los cuestionamientos realizados por la auditoría son diversos, falta de insumos, de material de limpieza y alimentación de los animales, de criterios uniformes para realizar los legajos, entre otros, y que suelen ser habituales en este tipo de supervisiones.

Uno de los problemas centrales y que ha generado el cierre de este servicio se origina en la resolución emanada del Ministerio de Salud por la cual se exige la restitución de la coordinadora del subprograma de zooterapia, Elsa Swarczman, a su cargo de base en el hospital, del cual estaba con permiso o comisión en el Parque Roca desde el año 1993. La coordinadora ha sido obligada a partir del 1 de octubre a presentarse a ejercer tareas en el Hospital Piñero, por lo tanto debe dejar de concurrir al Parque Roca, con lo cual el servicio no tiene autoridad a cargo, lo que se agrava dado que la titularidad y el cuidado de los animales son realizados por ella misma. Sin animales y sin especialista en zooterapia que pueda supervisar la tarea del equipo, no existe el servicio.



Consideramos que muchas de las eventuales o presuntas irregularidades detectadas deberían y podrían haberse subsanado en el ámbito del Ministerio de Salud, sin llegar a tomar estas medidas que solo han generado la paralización del servicio.

Una cantidad de observaciones de tipo burocrático - de posible solución - que han generado un daño importante a los cientos de chicos atendidos en este servicio. Antes de adoptarse estas decisiones las autoridades ministeriales deben prever en principio la consulta con otros actores de la comunidad y en última instancia, los reemplazos necesarios y recursos- en este caso los propios animales especialmente entrenados - para no perjudicar a los pacientes y familiares, hoy todos terriblemente angustiados.

A todo esto se suma la versión que ha tenido público conocimiento- de que habría un proyecto de concesionar las tierras del Parque Roca a favor de una empresa o sindicato para constituir una base de carga y descarga de vehículos. Lo cual, si bien es hipotético, puede permitir establecer una relación entre el proceso de desmantelamiento del servicio para la entrega de las tierras ya “desocupadas”. Más allá de todas las hipótesis y conjeturas, lo cierto es que desde el 1º de octubre los pacientes del servicio no tienen atención.

Por todo eso señor Presidente, y en el ánimo de que el servicio de Zooterapia del Parque Roca mantenga sus prestaciones, y que la Dirección General de Salud Mental puedan resolver todo este conflicto positivamente, solicitamos la aprobación del presente pedido de informes.

## **• DECLARACIÓN: 1741-D-2010 DE REPUDIO POR MAZZARELLA REPUDIO CONTRA LAS AGRESIONES SUFRIDAS POR EL DR. LUIS OSVALDO MAZZARELLA**

### **PROYECTO DE DECLARACIÓN**

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires expresa su repudio en contra de las agresiones sufridas por el Dr. Luis Osvaldo Mazzarella, médico del Hospital Braulio Moyano durante el ejercicio de sus funciones en dicha institución y exhorta a las autoridades correspondientes a tomar las medidas de rigor sobre lo actuado, entre ellas, la instrucción del sumario administrativo.

### **FUNDAMENTOS**

Señor Presidente:

El presente proyecto de declaración surge con motivo de los hechos de violencia suscitados el 14 y 23 de Junio del año en curso, contra el Dr. Luis Osvaldo Mazzarella, profesional de la salud que se desempeña en el Hospital Braulio Moyano.

Esta Legislatura no puede permanecer en silencio frente a ningún hecho teñido de “patoterismo”, agresión o represalia de cualquier tipo, razón, ni especie. Sobrados estamos de repetidos hechos como los que aquí repudiamos, para no pasarlos por alto, ni uno solo, nunca más.

Debemos seguir construyendo una sociedad que sepa discrepar y manifestar sus coincidencias y antagonismos desde el respeto y la tolerancia. Nosotros, funcionarios, ciudadanos y militantes, no podemos, ni queremos minimizar hechos como el que nos ocupa en la presente declaración, porque no estamos dispuestos a repetir vergonzantes sucesos de nuestra historia.

Por todo lo expuesto, exhortamos a las autoridades correspondientes a tomar las medidas de rigor y estilo, en pos de sancionar conductas como las descritas, repudiables desde el derecho y desde el sentido común,

Lamentamos y reprobamos toda conducta prejuiciosa, discriminatoria y violenta porque entendemos que dichas acciones van en detrimento de la naturaleza, del espíritu de las asociaciones gremiales y de la noble expresión de todos las y los trabajadores de nuestra patria.

Por todo lo manifestado, solicitamos la aprobación del presente Proyecto de Declaración.

### **INFORME DE LA GESTIÓN REALIZADA POR PARTE DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL ACORDE A LA LEY 448 DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES Nº 26657**

1 - Se creo el Programa de efectores residenciales. Se habilito la Residencia Protegida de Gorriti para usuarios adultos (21 usuarios externados del Moyano, Borda, Alvear, Avarez y Ramos Mejia). Se prevé la apertura de dos residencias Protegidas para Adolescentes. (Aranguren y Pedro Goyena) con el objetivo de no conveniar hogares privados.

2. - Se completaron los nombramientos de las guardias interdisciplinarias en Salud Mental en los hospitales polivalentes de agudos de la CABA.

3. - Se esta llamando a concurso en 10 hospitales generales de agudos para cubrir 10 cargos de psiquiatras infanto-juveniles, que conformarán los equipos de los niños y adolescentes, que deben ser indisciplinarios por la Ley 448; dicho concurso se hace a partir de un relevamiento realizado en el año pasado por la red infanto-juvenil y a solicitud de los jefes de servicio de dichos especiales.

4. - Se conforma el proyecto de la ambulancia de emergencias infanto-juvenil con sede en el Hospital Gutierrez, para lo cual se esta realizando el llamado a concurso de 7 psicólogos o trabajadores sociales.

5. -Se esta realizando otro llamado a concurso de 3 equipos interdisciplinarios para la atención de niños con padecimientos mentales complejos en tres CESAC de la zona sur, que tendrán como función atender dichas problemáticas en el área cercana a la residencia de los chicos afectados según el Art. 16 de la Ley 448. Aclaremos que los CESAC cuentan con equipos de Psicólogos y se concursan cargos de psiquiatra infanto-juvenil, trabajadores sociales y terapistas ocupacionales; los concursos citados se realizaran en los hospitales correspondientes; todo esto en cumplimiento de la Ley 448 y su criterio interdisciplinario.

6. - Se instalo la figura del operador socio-comunitario, que son un recurso avalado por diferentes experiencias en el país y representan a la comunidad en el sistema de salud mental. Desde esta dirección trabajaran en función de la promoción e inclusión social en consonancia a los programa de la misma: ADOP \_ ADOPI, Residencian Protegidas y Emprendimientos Sociales.

7. - Reactivación y próxima apertura del centro de día del Parque Roca para niños a adolescentes que incluirá la terapia asistida con animales.

8. - Nuevo espacio físico para el mejor funcionamiento de la DGSM; en la actualidad lo están reciclando y esta en la calle San Luis (ex centro Carlos Gardel ) acorde a la Ley 448.

9. - Se creo el primer programa de subsidios de externación psiquiatria, que incluye adultos, niños, adolescentes y emprendedores sociales, etc. Esta en el presupuesto acordado el decreto hecho, paso por procuración. Solo falta la firma de Jefe de Gobierno.

10. - Red Adultos Mayores: se mantienen las reuniones mensuales (2do viernes del mes). Proyectos en marcha: construcción de una Guía de Recomendaciones y Sugerencias para todos los sectores del área de salud que tienen contactos con el Adulto Mayor. Algo así como una "Guía de Buenas Practicas" en el abordaje asistencial y preventivo del Adulto Mayor. Este trabajo por el momento implica tener encuentros con algunos sectores del hospital o centro de salud que quieran participar. Por ahora se han realizado con el Área de Trabajo Social con muy buenos resultados y en Cardiología y Clínica Medica en el Álvarez y en el Durand. Pensamos incorporar a la Red en forma permanente a los Trabajadores Sociales.

Para le mes de octubre esta confirmada un curso de 4 clases con la doctora Alicia Kavanchik sobre Demencias Y Evaluación Neurocongntiva. Participara la Lic Mariana Simona, se realizara en el aula de Ginecología del Hosp.. Pirovano.

Se ha cursado una carga dirigida a todos los jefes de Servio de Salud Mental para que promuevan la asistencia de los interesados a las reuniones de la Red.

#### 11. - EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL (PIVESAM )

A fin de dar continuidad y solidez en el desarrollo del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud -mental (Resolución 1044/ SS / 2004), y atento a la jubilación de personal de esta área hemos iniciado conversaciones con el Dr. Forlenza, Director de Epidemiologia del Ministerio de Salud. Esto debido a que es necesario establecer los resultados definitivos de los datos del trabajo realizado durante el 2010 y también se solicitos un asesoramiento tecnico-operativo para realizar uan evluacion cualitativa de los datos de todo el en Pivesam, desde 2004 hasta la fecha. Este es el inicio de un futuro trabajo mas amplio con esa Dirección de Epidemiologia en función de profundizar el trabajo en esta área estableciendo un modo mas eficaz de recolección de datos y con una direccionalidad mas precisa y con un establecimiento de objetivos mas acordes con las políticas mas actuales de la DEGESAM, incumplimiento con lo establecido por la Ley 448/00 de Salud Mental de la CABA. Su Articulo 5.

12. -Ampliación horaria de Centro Especifico Adiciones, Centro de Día Carlos Gardel: Puesta en trabajo de diseño de las funciones y Recursos Humanos requeridos para apertura Centro Vespertino y alojamiento Nocturno, en caso de Pacientes que así lo requieran.

13. -Apertura en el Servicio de Toxicología del Hosp. General de Agudos Juan Fernandez, de 10 camas de desintoxicación para usuarios de drogas. Se encuentra en proyecto de implementación que este dispositivo se instale en los hospitales Gutierrez, Elsalde y Piñero.
14. -Red Guardias Interdisciplinarias, Curso de capacitación en Hosp.. Elsalde; frecuencia quincenal; acorde a la ley de Ciudad 448 y Ley Nacional de Salud Mental 26657 (Reuniones Mensuales).
15. -Se encuentra en marcha el 1º Emprendimiento Social en la Comunidad, con aval del Ministerio de Salud (calle Uriarte).
16. - Se continúa con las redes de salud mental acompañando los procesos particulares de cada una, acorde a las problemáticas que surgen en las mismas e estimulando la organización de jornadas y ateneos clínicos, etc.



Este ejemplar del cuadernillo de **Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el Cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental** fue diagramado e impreso en el mes de septiembre de 2011, en la **Dirección General de Impresiones y Ediciones** de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.







**Legislatura Porteña**  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dirección General de  
Impresiones y Ediciones

