



REPÚBLICA ARGENTINA
VERSIÓN TAQUIGRÁFICA
CÁMARA DE SENADORES DE LA NACIÓN

REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD Y DEPORTE

Salón “Auditorio” — H. Senado de la Nación

19 de octubre de 2010

Presidencia del señor senador Cano.

- *En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el salón Auditorio del H. Senado de la Nación, el martes 19 de octubre de 2010, a las 16.35:*

Sr. Presidente (Cano). — Damos inicio a la reunión prevista para hoy del plenario de la Comisión de Salud a los efectos de escuchar las distintas posiciones con respecto al proyecto de ley sobre Salud Mental, que tiene media sanción de la Cámara de Diputados. La idea es que las exposiciones tengan una duración entre siete y diez minutos, con la posibilidad que por Secretaría se pueda dejar toda la documentación que se considere pertinente, ya que servirán para que los senadores tengan elementos a la hora de emitir el dictamen.

Tiene la palabra el licenciado Gorbacz.

Sr. Gorbacz. — Buenas tardes.

Agradezco al presidente de la Comisión de Salud por la invitación a un nuevo espacio democrático de discusión sobre un tema tan importante como la Ley de Salud Mental. Me tocó ser uno de los autores de este proyecto presentado hace uno o dos años con la firma de diputados de distintos bloques. En ningún momento pensamos que esta era una ley de un solo bloque, si no era con amplio consenso. Hubo una primera presentación de este proyecto de ley, una instancia muy larga de discusión, donde pudo participar todo el mundo, y se trataron de recoger la mayor parte de las propuestas, no todas. Por supuesto, en un espacio así, nunca es posible incorporar todas las propuestas, porque, incluso, muchas suelen ser contradictorias, pero creo que llegamos a un consenso muy amplio que luego se vio reflejado en una nueva presentación.

En ese sentido, el proyecto inicial cayó, pero presentamos un nuevo proyecto con los consensos arribados y tuvimos el resultado de una media sanción por unanimidad a fines del año pasado en la Cámara de Diputados. Hoy voy a poder mencionar algunos puntos salientes, entre los cuales en primera instancia recoge una exhortación de la Corte Suprema de Justicia, que por lo menos en dos fallos importantes como Tufano y M.R.J., puntualmente, plantea en materia de salud mental se debe adaptar su legislación a los nuevos estándares de Derechos Humanos que existen internacionalmente y que nuestro país se comprometió a cumplir, es decir, habla de una debilidad estructural en el sistema jurídico de protección de pacientes.

Además, legitima como instrumentos aplicables los principios de las Naciones Unidas y la Declaración de Caracas, que fue ratificada hace dos semanas en un encuentro en Panamá. La Corte plantea que la legislación, en materia de derechos de las personas con padecimiento mental, es absolutamente vulnerable y ha permitido abusos consistentes en internaciones excesivamente prolongadas.

El promedio de internación de nuestro país es altísimo. Plantea, en este sentido, recogiendo la exhortación de la Declaración de Caracas, que el sistema de los manicomios o de los hospitales monovalentes es obsoleto, que no solo no ha dado respuestas en orden a la rehabilitación y a la inclusión social de las personas, sino que muy por el contrario, a partir de un prejuicio las ha excluido de la sociedad y las ha enfermado aún más, que es necesario terminar con ese sistema y generar uno nuevo en atención de la comunidad con nuevos dispositivos.

Por ahí se nos ha observado que es un proyecto que tiene escasas referencias en materia de prevención. Es que es un proyecto marco, una ley nacional, que no debiera avanzar en desarrollos que corresponde realizar a cada provincia, pero sí establecer un piso mínimo de Derechos Humanos y de garantías, que sí es lo que establecemos. Por eso, si uno quisiera contabilizar las palabras, por supuesto, es un proyecto que en sus artículos se detiene a

establecer los procedimientos en casos de internaciones involuntarias, ya que son las situaciones en el campo de la salud mental proclives a la vulneración de Derechos Humanos, porque se trata de privación de la libertad sin consentimiento, y en esos casos es donde más hay que poner el acento y establecer reglas claras que eviten abusos en ese tipo de internaciones que siempre deben ser de última instancia.

Asimismo, el proyecto promueve la creación de dispositivos alternativos, abriendo la posibilidad de que cada provincia establezca cuáles de estos dispositivos o en qué medida, de acuerdo con generalidades, los puede desarrollar. El Ministerio de Salud, a través de la nueva Dirección de Salud Mental y Adicciones, está trabajando con las provincias. Quiero decir que de los directores provinciales de salud mental, unos 20 directores de todas las provincias, han apoyado esta ley tal cual ha venido de Diputados.

Nuestra intención, —si los señores senadores lo consideran oportuno— es que este proyecto pudiera avanzar sin modificaciones, no porque no pueda ser perfectible, porque un proyecto de estas características siempre puede ser mejor. Creemos que es un muy buen proyecto que ha alcanzado consensos importantes, y que no tiene objeciones.

Si uno lee los otros proyectos presentados que, en general, comparten los objetivos fundamentales de la media sanción, yo no he escuchado ni siquiera de quienes están planteando objeciones al proyecto que sean de fondo. No apuntan a la cuestión del impulso a la desinstitucionalización, al trabajo de inclusión social, dispositivos alternativos. De modo, el consenso es amplio no solamente entre los distintos actores de la salud mental, sino en el conjunto de la sociedad, y no tiene sentido que una modificación por una cuestión pequeña o de forma termine devolviendo el proyecto a Diputados, porque sabemos que eso podría, en los hechos, significar la no sanción de este proyecto.

Por consiguiente, acompañamos un cambio a las políticas sociales que se están haciendo a nivel internacional. La Convención de Discapacidad es también un marco que nos ha conducido y ha sido ratificada por nuestro país, y establece los mismos principios: el de la autonomía, el consentimiento informado. La interdisciplina ha sido también —no vamos a eludir esa discusión— materia de conflicto en torno a esta ley.

Nosotros creemos que tenemos que sustituir un modelo hegemónico y no planteamos las cuestiones en términos de lucha de corporaciones o de disciplina, sino que el protagonista tiene que empezar a ser el usuario. Y es en función de eso que la interdisciplina, lejos de debilitar las posiciones de una u otra posición, lo que hace es fortalecerlas.

Además, quería mencionar los apoyos que ha tenido esta media sanción. Apoyos que no son casuales, sino que han sido órganos de consulta y de participación en este proceso. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el consejo de todos los secretarios de Derechos Humanos de la Nación. Hay un consenso mayoritario, como los directores de salud mental de las provincias, el INADI, el Cofelesa, es decir, legisladores de salud de las provincias también han apoyado este proyecto, tal cual vino de la Cámara de Diputados, las asociaciones de facultades de Medicina, la Facultad de Psicología de la UBA. Hay un sinnúmero de apoyos que están escritos y que le vamos a acercar a los senadores que reflejan que estamos a tono con lo que está pasando en el mundo, con lo que esta proponiendo la Organización Mundial de la Salud, que es, en definitiva, terminar con un modelo de exclusión y sustituirlo por un modelo de inclusión social, porque como decimos en la Dirección de Salud Mental, no hay salud sin salud mental; y no hay salud mental sin inclusión social.

Sr. Presidente. — Tiene la palabra la licenciada Sara Daneri, de la Asociación Argentina de

Terapistas Ocupacionales.

Sra. Daneri. — Buenas tardes a todos.

En primer lugar, quiero agradecer la invitación a los señores senadores. En nombre de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales y actualmente en mi función de vicepresidenta, pero también como miembro e integrante del Consejo General de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires desde 1998 —cuando se empezó a debatir el proyecto de ley para la Ciudad y la posterior reglamentación—, voy a hacer algunas consideraciones con respecto a este proyecto.

Para comenzar, voy a señalar algunos hechos que tienen relación con algunos *e-mails* que en el mes de noviembre del año pasado recibiera en mi correo personal, donde justamente el día sábado 14 de noviembre de 2009, cuando tomé conocimiento de este proyecto de ley, le enviaba desde mi correo personal al diputado Leonardo Gorbacz lo siguiente. Le escribo porque recientemente he tenido oportunidad de leer el proyecto de Ley Nacional de Salud Mental que usted ha impulsado y con el cual en su contenido en general acuerdo. Sin embargo, le pido que en el artículo 7, inciso p), revean en su redacción el término *laborterapia*.

El artículo 7°, inciso p), dice: “Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como *laborterapia* o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados”.

Esta solicitud la fundamento en que: la *Laborterapia* como abordaje en el campo de la salud mental y especialmente para las personas con padecimiento psíquico, consideradas por la psiquiatría como “crónicos”/ “enfermedades crónicas”, que también se aplicaban en otro tipo de “enfermedades crónicas” hasta la década del '60, como la lepra, la tuberculosis, etcétera, nunca constituyó una profesión ni disciplina en el país. Bajo esta forma se justificó la realización de tareas y actividades delegadas por parte del personal de dichas instituciones, argumentando que por realizar una “labor” realizaban una “terapia”, término y justificación que aún subsiste tanto en entre el personal de las instituciones públicas como privadas por parte médicos, enfermeros, psicólogos. Nada más errado que considerar que porque una persona realiza una tarea en este caso de la *Laborterapia* impuesta o delegada por otro, recibe un tratamiento, sino por el contrario esto es un arrasamiento de su subjetividad y se convierte en una práctica manicomial. Tal denominación circuló por nuestro país entre la década del '20 al '50, en que el doctor Ramón Carrillo en su Plan Analítico la formula claramente propiciando la creación de Escuelas de *Laborterapia*, al reconocer la inexistencia en el país de este recurso humano. Es decir como un modo de “suplir” aquella profesión que él había conocido en otros lugares del mundo como Alemania y Gran Bretaña, que es la *Terapia Ocupacional*.

En el año 1959, a consecuencia de la epidemia de polio, el gobierno de facto de esa época ante tal situación contrata al primer grupo de Terapistas Ocupacionales inglesas que, además de atender a la población con polio, crea la 1° carrera de *Terapia Ocupacional*, que el año pasado cumplió 50 años en el país.

Enunciar “actividades encuadradas como *laborterapia*” en este Proyecto de Ley de Salud Mental, contradice en el propio cuerpo de la ley los términos “Terapeuta Ocupacional/ *Terapia Ocupacional*”; “Emprendimientos Sociales; Cooperativas de trabajo, Centros de formación socio-laboral, Talleres protegidos”, dado que en todos estos dispositivos el eje de abordaje está centrado en la persona y no en la actividad o tarea que pueda y le interese realizar a la persona con padecimiento psíquico.

En el aspecto formal, no existe una disciplina/profesión que desempeñe esta función, lo cual además brindaría la posibilidad que bajo este nombre se realice cualquier tipo de abordaje

que justamente vaya a contra pelo de lo que este Ley propicia

A la espera que esta información llegue a usted para que sea posible subsanar dicha redacción y que, en caso de requerirlo, podría ampliar, lo saludo cordialmente.

Esto fue el 14 de noviembre. El 16 de noviembre le envié un *e-mail* a un compañero del Consejo General de Salud Mental, donde justamente le decía a título informal: pero te imaginarás ni como terapeuta ocupacional ni como presidenta de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales podría adherir poniendo el nombre mío ni el de la Asociación Argentina si esto figura de ese modo. Demasiados años a los terapeutas ocupacionales y aún a veces hoy lo tenemos que escuchar inclusive de profesionales de la salud mental, nos ha llevado en lo académico y en la práctica despegarnos de esa invención de la labor terapia con la que algunas personas aún nos asocian en un claro desconocimiento, como para ser este colectivo profesional el que adhiera justamente a un proyecto que nuevamente pone confusión en este tema.

Me imagino que se podría decir que se adhiere a lo general y no en lo particular, pero como esto nunca es seguro, porque los caminos que siguen las leyes muchas veces son inciertos, prefiero por respeto y compromiso con mis colegas actuales y futuros no dar un paso falso. Te reitero el pedido y, por intermedio del licenciado Gorbacz, la revisión de ese término vidrioso y en extremo manicomial, como te explico. Esta documentación se las voy a dejar a ustedes.

Estos fueron los hechos. El 10 de agosto de este año se organizó una jornada, porque la Asociación nunca tuvo información al respecto de lo que pasaba dentro del Senado con este proyecto de ley. En impulso a este proyecto —que llamativamente contaba con el aval de la Facultad de Psicología de la UBA, en donde desde el año '96 existe una carrera de terapia ocupacional—, fui y participé de esta jornada para volver a plantear este mismo tema, que también lo voy a dejar aquí en consideración. La documentación que les voy a dejar es como una síntesis de lo que se presentó en las mesas que estuvieron ese día presente.

Dentro de las menciones y de los oradores o los invitados en esta jornada del 10 de agosto, se hablaba de un espíritu democrático, de jugar el juego democrático. Y lamentablemente debo decir —y tengo la obligación de decirlo por las personas que represento y por mis futuras colegas— que fue un juego democrático a medias. Porque por omisión, tal vez por no saber o por ignorancia, hubo al menos un grupo que no estuvo representado. Un grupo con una historia de 50 años. Y digo que no estuvo representado, porque no estuvo representado ninguna de las once asociaciones o colegios profesionales que hay en el país y ninguna de las doce carreras profesionales de terapia ocupacional que hoy en día están dentro del país. Pero además de esto, cuando uno lee los fundamentos del proyecto que tiene sanción de la Cámara de Diputados, se hace mención que hubo un procedimiento y un proceso de construcción colectivo de tres años, en el cual, particularmente, ni la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales, que tiene sede dentro de la Ciudad de Buenos, de la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos, que tiene sede aquí, y que somos integrantes del Consejo de Salud Mental, tuvimos la oportunidad de participar.

Sr. Presidente. — Por favor, vaya redondeando.

Sra. Daneri. — Es llamativo que dentro de los fundamentos del proyecto, en ningún momento aparezca ninguno de los grupos profesionales que representan a los terapeutas ocupacionales. También en términos de los fundamentos, se hace mención, en cuanto a sus antecedentes, a la experiencia del doctor Goldenberg, en el año '60; se hace referencia al Plan Nacional de Salud Mental del '85, se hace referencia a la Residencia Interdisciplinaria de Salud

Mental. Es decir, en toda la fundamentación del proyecto, en todas las referencias y antecedentes que hay, justamente la terapia ocupacional siempre estuvo presente, excepto en esta oportunidad, por lo cual habíamos solicitado y solicitamos justamente la posibilidad de presentarnos hoy para decir que nuestra voz no estuvo y creemos que tenemos el derecho al menos de decir aquello que pensamos en relación a la ley.

Por último, también les voy a dejar una copia de las adhesiones de las asociaciones de todo el país y de las universidades que han adherido al pedido de audiencia pública, y además les voy a dejar a los señores senadores una invitación, porque, más allá de estas cuestiones, nosotros en el ámbito donde nos desempeñamos tenemos en pocos días un festejo de 30 años de la terapia ocupacional.

Sr. Presidente. — Muchas gracias.

A continuación, vamos a escuchar al licenciado Mariano Martínez de Ibarreta, sociólogo, asesor de la Dirección Provincial de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires

Sr. Mariano Martínez de Ibarreña. — Buenas tardes.

Muchas gracias por la invitación. Yo además soy asesor del director de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires, y estoy en representación de la Dirección. Desde el lugar de la Dirección y de mi profesión, quiero presentar una perspectiva un poco más social. A veces aquellos que no están relacionados con la problemática no establecen conexión entre los grandes cambios sociales que hubo en las últimas décadas, sobre todo a partir de 1975 hasta nuestros días, y cómo esto se relaciona con la magnitud del problema de la salud mental.

En particular, voy a hablar de la Provincia de Buenos Aires, pero creo que se puede generalizar a todo el país. Durante el año 1975 en adelante, sucedió de todo: procesos militares, desaparecidos, torturas, ajustes económicos, procesos hiperinflacionarios, una democracia en transición con muchos problemas por el frente externo y por frente interno, crecimiento de deuda externa e interna, las consecuencias de la convertibilidad, las privatizaciones, la crisis del sector industrial, el apogeo del sector financiero, la concentración económica, la recesión, los pedidos de crecimiento económico, que no fueron correctamente distribuidos, etcétera. Todos cambios y todos procesos que han producido notables cambios en nuestra sociedad. Los más notables para decir entre otros, es el incremento de la informalidad laboral, la precarización, la caída del poder de compra del salario, la desocupación, la subocupación, el crecimiento del trabajo en negro, la pobreza, la indigencia, la distribución regresiva del ingreso, la ampliación de la brecha entre pobres y ricos, la marginalidad, la vulnerabilidad.

Durante este período, pasamos de una ocupación plena —que era lo que sucedía en nuestro país cuando todavía existía el estado social, que se desarrolló entre 1945 y 1975—, de bajos niveles de pobreza, de una sociedad más equitativa, más inclusiva e integrada, que gozaba de seguridad social en el marco de una sensación de estado de bienestar, a vivir una sociedad con altos niveles de desocupación y pobreza, más desigual y excluyente, y que comenzó a padecer la inseguridad social en el marco de una sensación de estado de malestar. Las consultas en las áreas de salud mental aumentaron exponencialmente frente a todos estos cambios. Se imaginan que si la población potencialmente demandante que sufre las consecuencias de estos cambios quisiera atenderse en el sistema de salud... Si las tendencias que la OPS establece a nivel regional se pudiesen trasladar al Gran Buenos Aires, aproximadamente tendríamos que 3.000.000 de personas se ven afectadas por diversas enfermedades mentales. Para ese universo, para tratar pacientes con problemas de salud mental, la Provincia de Buenos Aires prácticamente no tiene medios. La Provincia de Buenos

Aires dispone de alrededor de solamente 3 mil camas distribuidas en cuatro grandes hospitales neuropsiquiátricos, que funcionan en La Plata, Necochea, Luján y Temperley. De los 77 hospitales bonaerenses, alrededor de 40 tienen servicios de salud mental. En 10 de esos 40 hospitales, también hay camas de internación psiquiátrica, lo cual conforma alrededor de 200 camas; es decir, aproximadamente un promedio de cinco camas por hospital. Las cuales obviamente están todas ocupadas todo el tiempo, todo el año. Además, solamente en 10 de estos hospitales hay guardias psiquiátricas tan necesarias en los últimos tiempos, sobre todo a partir de que las consecuencias del proceso del incremento de las adicciones afecta de manera significativa el tema de la salud mental.

Como puede verse, la brecha existente entre la demanda potencial por salud mental y la oferta del sistema es enorme. Faltan psiquiatras, sobre todo a nivel de la atención de niños y adolescentes. No tenemos camas para ese grupo etario. Faltan psicólogos. Faltan los psicólogos integrados al sistema. El número de psicólogos existente es suficientemente importante, pero por alguna razón —que ustedes deben conocer mejor que yo— estos psicólogos no se ven impulsados a poder trabajar. Las condiciones salariales y de trabajo son bastante pobres. Faltan enfermeros. La imposibilidad de conseguir enfermeros que atiendan la problemática de salud mental es desesperante. Sabemos que faltan enfermeros en casi todas las ramas de la salud, pero en salud mental es realmente difícilísimo encontrarlos. Faltan terapeutas. Faltan trabajadores sociales, que si estamos tratando de reintegrar a la sociedad a las personas que padecen problemas de enfermedades mentales, necesitamos muchísima mayor cantidad de trabajadores sociales que puedan colaborar en esta actividad. Faltan camas en los hospitales, que es algo que en el proyecto de ley de Gorbacz está planteado como la necesidad que en los hospitales se amplíen la cantidad de internación. Faltan profesionales en las guardias. Faltan espacios físicos en donde se puedan atender las consultas. Cuando en un hospital hay que cerrar un área porque se necesita incluir alguna nueva máquina o hay que hacer algún arreglo de tipo edilicio, por alguna razón siempre se selecciona el área de salud mental para que pierda espacio. Faltan casas de medio término. Faltan programas de asistencia a los familiares de personas con problemas de salud mental. Faltan móviles para trasladar a los profesionales, para realizar las actividades de emergencia y tratamientos comunitarios. Faltan muchas cosas.

Si el Estado quiere atender dignamente al paciente con problemas de salud mental, en particular a aquellos pocos integrados al entramado social, es necesario un aumento significativo de las partidas presupuestarias que saque a la salud mental del lugar marginal que se encuentra dentro del sistema de salud. Yo estoy hablando de la Provincia de Buenos Aires, pero esto también creo que vale a nivel nacional y creo que vale para muchas provincias.

En este contexto, consideramos que la sanción de la ley de salud mental es esencial para impulsar y complementar los cambios en la política que debe implementarse urgentemente. Una nueva legislación puede de alguna manera obligar al Estado y a quienes actuamos en el Estado a proteger mejor los derechos de los pacientes, mejorar la calidad de salud mental y promover la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales.

Sr. Presidente. — Por favor, vaya redondeando.

Sr. Mariano Martínez de Ibarreña. — Por último, coincidimos con el proyecto de ley, porque hacemos como propias los principios de la Organización Mundial de la Salud sobre el tema y que creemos que están correctamente incluidos en el proyecto. Gracias. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. — No, gracias a usted.

A continuación, van a hacer uso de la palabra el licenciado Miguel Tollo y la doctora Liliana Herendorf, que son coordinadores del Foro de Instituciones de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sra. Herendorf. — Estamos los dos, porque nos vamos a dividir la exposición.

Yo estoy en representación del Foro de Instituciones de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En principio, voy a contar un poco de qué se trata, porque no todos nos conocen. El Foro es una organización, no es una institución, que tiene 13 años de vida y que surge a partir de la necesidad de la implementación de una ley para la Ciudad de Buenos Aires, que resultó ser la Ley 448. Fuimos parte de la gestión de esta ley que llevó dos años de discusiones con distintas posturas y abordajes; y luego sale esta ley, que muchos dicen que es impracticable, que nosotros seguimos pensando que es practicable, que lo que no es practicable es el sistema de salud mental que tenemos en el país.

Entonces, en principio quiero leer las instituciones que conforman este foro para no olvidarme de ninguna: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Asociación Argentina de Terapia Cognitiva, Asociación Colegio de Psicoanalistas, Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires, Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Asociación Gestáltica de Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica Argentina, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Ateneo Psicoanalítico, Ático Cooperativa de Trabajo en Salud Mental, Centro Oro, Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social y Fundación CIAP - Centro de Investigación y Asesoramiento en Psicología-. La mayoría de estas instituciones forman parte de diversas carreras, para ponerles un nombre, porque somos todos especialistas en salud mental.

Soy psiquiatra y pertenezco a una de las asociaciones psicoanalíticas, pero en mi institución, que es el Colegio de Psicoanalistas, somos la mayoría profesionales médicos. Hay psicólogos en la gran mayoría de instituciones que acabo de nombrar.

En principio apoyamos esta ley que se presenta hoy, porque en realidad pensamos que contempla los mismos elementos que la ley 448, con algunas variantes, porque esto incluye a todo el país.

Nos gustaría luchar para que todo el sistema de salud mental del país cambie. Creemos que hay muchas de estas cosas que están contempladas acá y la verdad es que viendo el público, los que estamos hoy acá, sería bárbaro que cada uno de nosotros pudiéramos estar planteándonos esto como un cambio de sistema, más allá de algunas cosas que tengan que ver con espacios particulares.

Una de las cosas que también nos resulta muy importante para la Ciudad de Buenos Aires es que exista una ley marco de estas características dentro del país, porque lo que se contempla acá, cuando es la justicia la que debe hacerse cargo de algún tipo de internación, etcétera, en general es la ley 22.914, que en realidad es perimida, vieja. Y sería realmente muy positivo que esta nueva ley, pensando en los usuarios, sea abolida a partir de esta nueva.

Sr. Tollo. – Voy a ser breve porque prácticamente Liliana Herendorf ha sintetizado nuestra posición.

Quiero agradecer a la Comisión de Salud la invitación.

Pensamos que esta ley es, además, de derechos humanos y salud mental. Porque entendemos que el eje no está puesto solamente en hacer una buena ley de salud mental, sino en poder modificar un sistema de iniquidad, es decir, que genera más padecimiento y una serie de anomalías que están contempladas. Seguramente la gente del CELS va a explicarlo mejor

que yo. Pero me refiero a muertes que no son investigadas, privación de libertad en las celdas de aislamiento, abusos físicos y sexuales, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento y ausencia de rehabilitación.

Esto pasa ahora. Y la mora en la implementación de una ley que modifique de cuajo esta situación implica una vergüenza para todos nosotros, los profesionales, porque en un país como la Argentina, donde, a diferencia de otros países somos muchos los psicólogos, los profesionales de la salud mental, siguen existiendo manicomios y condiciones atroces de internación.

Es necesario que la ley mencione un organismo idóneo de revisión. Eso es fundamental, tal como lo dicen las directivas y las propuestas internacionales.

Creemos que es apropiado hablar de padecimiento mental, no de trastorno mental; no estamos hablando solamente de enfermedades o de trastornos. Es adecuado que la ley mencione esto en términos de padecimiento mental. Hay una serie de situaciones por las cuales la gente pasa que no son trastornos: una psicoprofilaxis obstétrica, una crisis vital, un problema matrimonial. La gente tiene todo el derecho de hacerse asistir a nivel público en cuanto a salud mental en obras sociales sin que se configure eso como un trastorno.

No estamos de acuerdo con la “psicopatologización” del sufrimiento psíquico. Y creemos que esto básicamente no es un problema de psicólogos, de psiquiatras, de trabajadores sociales; es un problema de un sistema que debe ser modificado, que por lo menos en lo que es la atención primaria de la salud -muy claramente lo han dicho en otras exposiciones el año pasado- debe tener un eje centrado en la comunidad, es decir, el centro debe estar fundamentalmente en la comunidad. Y debe ser interdisciplinario e intersectorial.

No es esto simplemente una cuestión de técnica, no es una apreciación de cuál es la técnica o la práctica que vamos a poner en juego, sino una cuestión de principios que tiene que fundamentar la organización de todo el sistema y la de sus instituciones: la interdisciplinariedad, la atención primaria de la salud y la intersectorialidad. Y por supuesto, deriva de esta concepción la idea de que la internación tiene que hacerse como último recurso, pero solo en la medida que también se implementen los otros, que son muy variados.

Es un país con una gran riqueza de experiencia, no solamente de profesionales. Eso está muy a la mano y con el impulso por parte del Estado podríamos cambiar de cuajo esta situación de iniquidad.

Nos parece que esto no es una cuestión de que dejen de existir prácticas “manicomiales”. De esto es tan responsable el que está haciendo práctica ambulatoria como el que está en medio de un hospital “manicomial”. No tenemos que quitarnos el lazo ninguno. Acá hay una responsabilidad de todos los profesionales, estén donde estén. Porque la “manicomialización” empieza en la sociedad y no en el manicomio. Y de esto tenemos que tomar conciencia, porque si no, pareciera que con cerrar un hospital monovalente se resolvería el problema. No estamos de acuerdo con esto. Menos aún si implica dejar en la calle a las personas. Estamos de acuerdo con que se termine con las prácticas “manicomialistas” y con que se termine un modelo de hospital monovalente que encierra y termina siendo “manicomial”. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. – Tiene la palabra el doctor Horacio Vommaro.

Sr. Vommaro. – Muchísimas gracias a la Comisión de Salud del Senado por la invitación a participar de este encuentro.

Soy el secretario de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y quiero manifestar que efectivamente nosotros ratificamos que es necesaria una ley de salud mental que sea un

instrumento apto para las transformaciones en el ese campo. Y también ratificamos absolutamente todo lo que tiene que ver con la materia de derechos humanos en todas las declaraciones latinoamericanas, internacionales y de la OMS. Pero debemos decir que no solo tenemos que quedarnos en el enunciado de los derechos humanos, sino que estos tienen que estar manifestados en la ley de salud. Porque no se puede plantear derechos humanos por un lado y expresión solo de buena voluntad por el otro. Si realmente queremos que la ley sea un instrumento de transformación, todo lo que tiene que ver con los Derechos Humanos tiene que manifestarse en salud, porque estamos haciendo no solo una ley que defienda la dignidad del paciente, sino que estamos haciendo una ley que transforme la salud.

Nosotros partimos de la base que la salud mental es parte, no aparte de la salud. La verdad es que cuando escucho hablar de la inequidad de una serie de cuestiones, ¿descubrimos ahora la inequidad de la salud, no solo en salud mental? Me hace acordar a una frase de Ramón Carillo que decía que no hay cambios en salud al margen del movimiento social; no solo de los que estamos en el campo de la salud. Por eso, no parece que una ley de estas características, que sea apta, deba ser un instrumento que necesariamente tiene que contar con la participación de todos los actores que tienen que ser partícipes de esta transformación.

Por lo tanto, hemos participado e impulsado en innumerables jornadas, congresos, ateneos, mesas, donde con otras disciplinas, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, APEF, jueces, abogados, trabajadores, enfermeros, con lo cual se ha ido gestando un verdadero debate multidisciplinario, y cada una de las disciplinas ha concurrido con su saber, porque cada una tiene un saber que aportar a este campo de la salud mental, es decir, que no está negado ni mucho menos el trabajo multidisciplinario, sino que ha sido parte del ejercicio permanente de todos los que tenemos alguna experiencia de unos cuantos años en el trabajo en el campo de la salud mental.

También nos parece importante que el Estado no puede ser subsidiado en la salud, y una ley debe definir recursos y plazos, obligaciones concretas, si no es una ley declarativa. Como lo manifestaba muy bien el compañero de la provincia de Buenos Aires, si no define estas cosas, podemos hablar de Derechos Humanos, pero resulta que un paciente por no internarlo en una sala de psiquiatría de un hospital polivalente es internado en una sala de clínica de un hospital general y es atado 15 días en nombre de que la internación en una sala de psiquiatría en un hospital general puede implicar la psiquiatrización del paciente.

Si hablamos de los Derechos Humanos en salud mental, tenemos que hablar que los pacientes tienen el derecho a acceder al mejor tratamiento posible, en el cual todas las disciplinas tenemos algo que decir y aportar. En ese sentido, parto de un monismo ontológico, y como decía Walt Whitman, “si azotas el cuerpo de un hombre, azotas su alma”. Por lo tanto, el acceso a la mejor atención posible que garantiza la dignidad del paciente, pero también garantiza que reciba la mejor atención posible, si no es una declaración de muy buenas voluntades, que después en la práctica no se efectiviza.

Cuando digo que debe definir obligaciones, debe definir no solo los recursos y los plazos, sino los tiempos concretos de la transformación. No puede quedarse solo en un enunciado. Me parece importante partir de una falacia que se ha producido, y es que pareciera ser que algunas disciplinas están de acuerdo con la transformación y otras no. Esto es algo de lo que podemos pensar de lo epistemológico desde la *Lex Artis*, desde muchas cuestiones. Cuando nosotros decimos que la *Lex Artis* no debe incluirse en una ley de salud mental, lo decimos porque no podemos legislar sobre lo terapéutico en función de la universalidad, cuando la terapéutica presupone una singularidad para lo que cada uno de los pacientes

necesita para poder aliviar, en el mejor de los casos, su padecer.

Por otra parte, cuando hablamos de los recursos y los plazos, hablamos de la necesidad de que el Estado tiene que comprometerse a establecer las condiciones concretas para que se pueda generar una verdadera red, como son las casas de medio camino, protegidas y no protegidas; hostales; etcétera. También hay que tener en cuenta que la enfermedad mental existe, porque no se trata de medicalizar el sufrimiento psíquico, ya que todos los tenemos. Por un desengaño amoroso quién no ha tenido una noche de insomnio, y eso no es medicalizable, pero la enfermedad mental existe y requiere, por lo tanto, de las mejores condiciones para que pueda garantizarse la reinserción social del paciente psicótico con enfermedad mental.

Además, debe dejar de ser segregado, porque hay que hacer una diferencia entre segregación y marginación. Yo no estoy hablando solo de la marginación social, que es otro tema si quieren. Entonces, tenemos que generar las mejores condiciones para que desde la internación se pueda pensar en la “externación”, es decir, es la internación para la “externación”. Esto tiene que ver con garantizar los Derechos Humanos de los pacientes, es decir, no se trata solo de enunciarlos, sino también de que estén expresados en el contenido.

No se puede demonizar a los psicofármacos, porque no podemos caer en el irracionalismo, y yo diferencio lo que puede tener que ver con los aspectos comerciales de la industria farmacéutica, que es otro tema. Nosotros en APSA todo socio que tiene la cuota al día entra a los congresos sin pagar la inscripción. Hemos hecho demostraciones concretas, pero sí pensamos que el avance de la psicofarmacología es un hecho muy importante que también nos ayuda a pensar en concreto en la reinserción social del paciente, motivo por el cual, no se puede demonizar algunos aspectos que tienen que ver con los Derechos Humanos, porque esto después logra no hacer que la ley cumpla con los objetivo que pareciera ser que declama decir. Agradezco que me hayan escuchado. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. — Tiene la palabra la licenciada Roxana Amendolaro.

Sra. Amendolaro. — Buenas tardes.

Agradezco la invitación a los senadores y a las senadoras. Entre 2004 y 2007, tuve la oportunidad de participar en un proyecto de investigación sobre el sistema de salud mental en la Argentina que llevó adelante el CELS junto con una organización denominada Mental Disability Rights International. Actualmente y desde mediados de este año, formo parte del Programa sobre Discriminación y Salud Mental junto con Virginia López Casariego. Menciono este dato porque es una continuidad del proceso que iniciamos en el año 2004 en el CELS y también como un reconocimiento de todas las compañeras y compañeros que están hoy acá presentes para defender y fortalecer este proceso.

Voy a mencionar solamente algunos datos fundamentales que recogimos durante estos tres años de investigación. Esta investigación fue presentada en septiembre del año 2007, sin embargo, a la fecha —y hay autoridades aquí presentes del Ministerio de Salud, de la Dirección Nacional de Salud Mental, de la Secretaría de Derechos Humanos, del Movimiento de Personas Usuarías y Familiares— muchos organismos coinciden en que estos datos aún son vigentes. Estamos hablando de aproximadamente 25 mil personas que permanecen “detenidas”. Este es el término que utilizamos en la investigación presentada por el CELS en instituciones psiquiátricas monovalentes, donde el promedio de años de internación es de aproximadamente 10 años.

Acá es muy importante aclarar que en ninguna medida, en el informe presentado por el CELS, se cuestiona la internación como recurso terapéutico. Por supuesto que es un recurso

terapéutico. Estamos hablando de la segregación, de la exclusión de personas en instituciones manicomiales por años y años, donde no solamente se arrasa —Vidas Arrasadas es el título— con la vida de las personas que están ahí internadas por cuestiones de salud mental, sino también con todas las personas que forman parte de estas instituciones; y terminamos llevando adelante prácticas que, no solamente destruyen la vida de las personas que están allí internadas, sino que nuestras propias vidas como profesionales.

Voy a mencionar un dato personal. Hace un mes y 9 días tuve una hija y tengo otra de 4 años y medio. ¿Por qué yo tengo que tener más derecho a ver cómo crecen mis hijas que cualquiera de estas mujeres o varones que perdieron sus vidas en estas instituciones?

Hace unos meses, junto con Virginia y Claudio Morgado, veíamos en Salta —una de las provincias en las que de a poco estamos comenzando a acompañar un proceso de reforma— a una persona que había estado internada 50 años. Entonces, el proyecto de ley con sanción de la Cámara de Diputados, de lo que está hablando en gran parte de su articulado es de esta segregación, y esto es lo que el informe Vidas Arrasadas mostró. Y nuevamente para aclarar que no es la internación como recurso terapéutico y necesariamente, si escuchamos la voz, yo no soy una persona usuaria o ex usuaria de los servicios de salud mental ni sobreviviente de la psiquiatría en el sentido en que el movimiento de personas con discapacidad lo utilizan. Sí he usado y uso de los servicios de salud mental, pero no tuve que padecer una internación psiquiátrica, no tuve que ser separada de mi familia. Entonces, este proyecto con sanción de la Cámara de Diputados, en gran medida recoge los tratados internacionales de derechos humanos. Seguramente, esto va a poder seguir profundizándose, porque es parte de un movimiento que actualmente está en discusión. En gran medida recoge parte de la voz de las personas usuarias y sobrevivientes de la psiquiatría, porque es muy importante que todos sepamos que existe en el mundo y que está en construcción en la Argentina la posibilidad de que las personas usuarias o ex usuarias sean consideradas como actores políticos en esta discusión.

En la mayor parte de los espacios en donde pudimos participar, desde el año 2004 a la fecha, los que hablamos somos o profesionales o familiares, que eso también es un avance; y hoy acá en la sala por suerte hay personas usuarias o ex usuarias presentes. Muy pocas veces podemos dar el espacio para que sea la voz de ellos y ellas las que estén acá hablando frente a este micrófono.

Otro dato que quisiera señalarles es que entre el 60 y el 90 por ciento —el dato más optimista y el más pesimista— de las personas que permanecían internadas en estas instituciones psiquiátricas, estaba por “razones sociales”. No creo que sea el mejor término, pero reproduzco el término que se usó cuando presentamos Vidas Arrasadas. Esto es porque no contábamos con un sistema lo suficientemente integral y diverso para garantizar que una vez que pasaba la crisis, esas 48 o 72 horas, 15 días de promedio para los trabajadores del PREA —Programa de Rehabilitación y Externación Asistida— del Hospital Esteves. Este informe tiene infinitos autores. Durante tres años, donde no solamente visitamos instituciones, sino que por suerte pudimos reunirnos con organizaciones de profesionales, organizaciones de familiares, organizaciones de personas usuarias.

Entonces, entre el 60 y el 90 por ciento de las personas siguen hoy en estas instituciones porque no les podemos garantizar el acceso al trabajo, el acceso a la vivienda, que se puedan casar, que puedan tener hijos. Seguimos teniendo un Código Civil del año 1869 que no los reconoce como sujetos de derecho. Entonces, por supuesto que este proyecto con media sanción es perfectible, pero de todo lo que he escuchado hasta ahora, ninguna de las

diferencias que se han señalado no puede ser subsanada durante la reglamentación. Esta es mi impresión. Entonces, la propuesta es no nivelemos para abajo, sino para arriba. Continuemos trabajando y generando condiciones para implementar la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Continuemos generando condiciones para modificar en el mediano plazo el Código Civil. Avancemos en la sanción de este proyecto de ley como un paso en el proceso.

De ninguna manera acá se termina, y tampoco alcanza con una ley. Coincido en que es necesario que modifiquemos un sistema, un paradigma, una visión, en donde históricamente las personas usuarias fueran consideradas objeto de derecho y segregadas de la vida en la comunidad.

Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. — A continuación, le damos la palabra a Liliana Fontán.

Sra. Fontán. — Buenas tardes.

Me dejó bastante conmovida Roxana. Me vi reflejada cuando hace muchos años acompañé a los pacientes con HIV, que no tenían una ley ni medicamentos, y ese es el lugar donde en ese momento yo ocupé.

Acá estoy convocada por otra razón. Mi historia en la salud, que incluye la salud mental, justamente como marcadora se inicia acompañando a pacientes con HIV en aquellas épocas del '91 y '92, donde los infectólogos desesperados no sabían qué hacer y los pacientes tampoco. Y la voz de los pacientes y ese compromiso fue el que hizo que pudiera salir la ley de Sida, que pudo lograr tener todos los cócteles y la medicación. Así que desde lugar me identifiqué mucho con vos, Roxana.

Hoy estoy en una tarea absolutamente profesional. Si bien soy presidenta de la Comisión de Derecho Administrativo y secretaria general de la Asociación de Abogados, mi gremio lo que hizo fue pedirme que agradeciera esta posibilidad, que era el objetivo y el mandato que hasta aquí llegó. Agradecemos a los senadores poder escuchar otras voces más antes de volver a tratar este proyecto con sanción de Diputados. A partir de ahora es mi voz, por mi propio derecho, acompañando como abogada, representante legal de ATOGBA. Desde caminar acompañando a equipos de salud de todas las disciplinas, aprendí una palabra que se llama iatrogenia y aprendí también a que desde el derecho nosotros podemos también hacer iatrogenia.

Yo soy defensora de derechos humanos, y no voy a decir en qué organizaciones, pero son muy conocidas, en las cuales milité primero por los derechos políticos y participé en la formación de la ley de los desaparecidos y demás. Así que sé de qué estamos hablando. Pero ahora como abogada, digo que —de acuerdo a lo que dicen— parece que esta ley va a garantizar derechos que ya están incluidos en la Constitución. Con respeto a los senadores, que seguramente lo saben, pero veo que en la platea hay mucha interdisciplina de equipos de salud. Así que me voy a permitir hablar como abogada.

Nosotros tenemos en la Constitución Nacional una jerarquía de normas. Ustedes se acordarán del famoso artículo 75, inciso 22), que hizo realidad allá en la convencional del '94 que se pudieran incorporar todos los tratados. En todos los tratados que se incorporaron, ahí se incorporó el derecho a la salud, con todas las garantías que esta ley hoy dice garantizar. La ley lo que hace es enunciar y ratificar todas las garantías que ya incluyen. Por eso hablo de iatrogenia. Pero no es solamente porque ya está en los tratados, en el artículo 75, inciso 22), en la Constitución de la Provincia de Buenos Aires —que el sociólogo trabaja en ese campo— tienen un hermosísimo artículo que protege el derecho a la salud, del cual yo como abogada

litigante tomo ese artículo y, por supuesto, si garantiza el derecho a la salud, también garantiza el derecho a la salud mental. El derecho del paciente no es exclusivo del paciente que no padece daños psicológicos. O sea que acá me parece que tenemos que ver un poco qué derechos están garantizados y cuales no. Por eso hablé de iatrogenia.

Me voy a permitir leerles, porque busqué todos los derechos garantizados que ya garantiza esta ley. Fundamentalmente, me gustaría recordarles —que seguramente lo saben los senadores— que el 21 de octubre de 2009 se promulgó la Ley 26529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud. No dice “mental”, pero todos estos derechos de los pacientes, con el consentimiento informado y todo esto que nosotros trabajamos tanto con el equipo de salud, ya está promulgado. Está promulgado y ya vencieron todos los plazos. Todavía no se reglamentó. Yo los invito a tomar esta Ley 26529 y agregarle las palabras “salud mental” y van a ver cuántos de los derechos que están en esta ley están garantizados.

Estoy de acuerdo con que necesitamos una ley de salud mental, pero no necesitamos una ley de salud mental declarativa. Porque considero que es una maravillosa declaración y conjunción de cuanta ley, reglamentación... Ustedes saben también el tema de la protección de datos de los pacientes de salud mental. Está la ley de protección de datos que es para todos los pacientes, y esto también lo dice la ley.

Los tratados no se los voy a decir, porque son todos los que ustedes conocen y que son ley y se aplican, y los cuales repiten. También tenemos un artículo que dice derechos del paciente con salud mental. Al lado de cada uno de esos —yo tengo poquito tiempo, pero los invito a hacer este ejercicio—, tomen cada uno de los derechos, y busquen las leyes que ya existen: las antidiscriminatorias por condición, elección social, elección sexual y demás. Todas estas ya están reglamentadas. ¿Qué me aportaría a mí y qué quisiera yo en el campo de la salud mental que una ley pueda garantizarme? Ni más ni menos que los recursos, porque esto mismo es lo que nos pasó cuando discutimos en las convenciones internacionales el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Se nos vetó y se nos agregó un articulito que decía “en la medida de sus posibilidades”. Los que pasamos una determinada época, y en lo particular fui abogada del Instituto Malbrán y de los siete institutos, pudimos hacer que el Malbrán aún siga siendo del Estado porque judicializamos el tema. En ese momento, estaba la reforma del Estado y fue bastante duro. Por suerte, hoy estamos en épocas democráticas y podemos pensar si esta ley de salud mental es la que realmente pide la Corte Suprema. La Corte Suprema pide una ley que garantice recursos, no que enuncie y enuncie y repita. Yo tengo acá un listado —que lo voy a presentar luego, pero descarto que los asesores y mis colegas ya lo tienen— donde esta ley repite todo y lo que no hace es asegurar recursos, o sea, de dónde sale el dinero.

En el gobierno de la Ciudad se luchó —y yo acompañé la Ley 448— con la interdisciplinar, pero yo pregunto: ¿faltaba reglamentarla? No se podía reglamentar. En este momento, está para reglamentar la ley de los derechos del paciente, que ya está vencida y no se reglamenta. Apelemos a este micrófono para que ya el Poder Ejecutivo reglamente la ley de derechos del paciente como para poder aplicarlo en todos los ámbitos.

El otro tema es el ámbito de aplicación y la autoridad de aplicación, que me preocupa como defensora de derechos humanos. No entiendo por qué no es solamente el Ministerio de Salud e incluyen derechos humanos, porque derechos humanos es absolutamente todos, ¿pero qué son derechos humanos? Los que viola el Estado. Y esta ley dice que esto se aplica para públicos y privados. Cualquier empresa privada que lucra con la salud mental es un delito

común y no es un derecho humano.

Entonces, este es un marco general que tiene que ver exclusivamente con el derecho, y como jurista abro un poco el juego para decir que estoy de acuerdo con todo lo que dice la ley. Porque ya está dicho y legislado, y los manicomios siguen en su lugar. Y la Ley 448 y su reglamentación siguen sin ser aplicadas porque no se generan y se disponen los recursos.

Sr. Presidente. — A continuación, le damos la palabra a la doctora Giovanna del Giudice.

Sr. Giovanna del Giudice. — Trataré de ser breve y de separar mi exposición en dos partes: la experiencia italiana y lo que conozco de la ley.

En 1968 se aprobó en Italia la Ley 180, que derogó la ley anterior que sostenía la presencia del manicomio. Hoy en Italia no hay manicomios. En 1968 había detenidas 100 mil personas en hospitales psiquiátricos, que determinó la ley 180 de reforma psiquiatra. Determinó el final de una legislación especial y la entrada de la salud mental dentro de la salud.

La Ley 180 determinó la entrada de las personas con padecimiento mental en la ciudadanía social de personas privadas de derecho a personas sujetos de derechos. No hay más equivalencia entre peligrosidad y enfermedad.

Como dije, después de un largo, complejo y profundo proceso se cerró el manicomio. Y esto cambió el destino de miles de personas -hombres, mujeres y sus familiares-. Las personas con padecimiento mental entraron en recorridos de emancipación y de salud y no de cronicidad y ausencia de poder. El foco cambió de ser del hospital al territorio y de la enfermedad a la persona.

En todo el territorio nacional existen servicios diferenciados que son capaces de acompañar a las personas con padecimiento mental en la comunidad, incluso en situaciones de crisis.

En Italia se aprobó la ley por unanimidad en el Parlamento. Y fue apoyada por todos los psiquiatras, tanto los que habían ya tenido experiencias de “desinstitucionalización” y de trabajo fuera del manicomio como los de la Sociedad Italiana de Psiquiatras.

Para nosotros, los médicos en particular, esta fue una oportunidad de rescate, de reconocimiento y de calificación profesional.

Ahora, algunas consideraciones breves sobre la ley de ustedes que tuve la suerte de leer.

Hay algunas partes de la ley muy cercanas a la italiana. La persona con padecimiento mental no es más considerada a priori peligrosa o incapaz. Se establece el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de una red de servicios territorial. Está prevista, además, la entrada de la ley de salud mental en el plano de la legislación nacional de salud.

Pero la ley de ustedes tiene algunos puntos mucho más avanzados que la italiana. Por ejemplo, la fuerte atención a los derechos de las personas con padecimiento mental.

Los derechos se tienen que construir, no solamente declarar, y esa es tarea nuestra, de los profesionales.

Otro punto muy avanzado es la interdisciplinariedad. En este proyecto de ley aprobado es central en el concepto biopsicosocial. Creo que no resta poder a cada uno de los roles, ni siquiera a los médicos. Agrega profesionalismo, incrementa nuestra responsabilidad y debe aumentar nuestro sentido ético. Contrasta con el reduccionismo imperante en una parte de la psiquiatría y finalmente es la única condición que nos puede significar algo a nosotros, los profesionales. Pone el centro en la persona que tiene alguna necesidad en particular.

Cuando leí la ley tuve la sensación de un golpe en la panza al descubrir que decía que no se debían usar los psicofármacos como forma de castigo. Los médicos que están acá no

pueden negar los crímenes que se han hecho en los manicomios en tiempo de paz. (*Aplausos.*)

Creo que mirar las cosas y no tener miedo de la verdad es la única forma de hacer que estos crímenes no se repitan. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. — Le agradecemos a la doctora y a la traductora.

Tiene la palabra el doctor Jorge Luis Pellegrini.

Sr. Pellegrini. — Agradezco a la Comisión de Salud por haber respondido afirmativamente a la solicitud que distintos trabajadores y profesionales de la salud, y de la salud mental, jueces, enfermeros, trabajadores sociales, hicimos para que este espacio pudiera abrirse y compartir el mismo lugar quienes opinamos distinto. Entiendo que debate es cuando hay personas que piensan distinto y se pueden escuchar, pensar y hasta, quizá, pueden cambiar.

Hoy en un encuentro casual con Yago le dije: “Viste que no había que terminar, había que seguir discutiendo. No era dilatar, había que acabar con los discursos y había llegado la hora de los votos. Viste que es necesario seguir conversando”. Y el sonriendo, me dijo: “Pero ya van a estar los votos”. Son dos visiones. Ambas tendrán su asidero, pero hemos podido conversar gracias a que esto existe.

Hay cinco proyectos de ley nacional de salud mental. Es la primera vez que yo recuerdo que hay tantos proyectos de salud mental en danza. Esto es muy importante, porque quiere decir que hemos logrado instalar, después de muchos años de incompreensión, de ninguneo, un tema clave que es no solo el tema de la cordura y la locura, sino entender que una sociedad puede ser definida según cómo trata a sus enfermos mentales.

Asimismo, escucho opiniones como si la historia hubiera comenzado hoy. La Argentina tiene una larguísima historia de la que tenemos que sentirnos orgullosos. El 24 de marzo — hace algunos años— decidimos hacer un homenaje a los psiquiatras, a los trabajadores de la salud mental, psicólogos desaparecidos y tuvimos un gran problema de entrada, no sabíamos cuantos ni quiénes eran. Comenzamos a investigar y los cálculos más terribles nos decían 330, y la lista después siguió. Esos colegas que hoy no están, no cayeron discutiendo quién tenía más poder en el campo profesional. Soy de la época —y estoy orgulloso de pertenecer a ella— en que la psiquiatría estaba a disposición del pueblo y estaba dispuesta a jugar con el pueblo por su liberación. Entonces, la historia no empezó hoy. La primera lección que tenemos que aprender es que en todo caso este momento es producto de una lucha que nos trasciende a todos nosotros.

Yo escucho plantear que esta es una ley de salud mental. No estoy de acuerdo, y eso no me hace fascista ni retrogrado. Porque se ha instalado una situación por la cual parecería que por la afirmativa está el progresismo y por la negativa el fascismo. Yo hablo desde una situación personal que muchos de acá conocen y muchos sufrimos en carne propia. También hablo desde la Organización Mundial de la Salud, a la cual pertenezco. De manera que a mí adscribirme a esa falsa polarización de los buenos y los malos, no. Así tampoco vamos a tener ley; con debate, sí. Con reuniones donde solamente opinan los que están de acuerdo, lo que vamos a obtener es solamente *lobby*.

Digo que no es una ley de salud mental, porque una ley es un instrumento escrito que una vez que se sancionó está en manos de la justicia, y acá hay abogados. Y los jueces —voy a hacer una digresión— hace falta que estén aquí. Porque se habla mucho de las internaciones involuntarias, de la judicialización, y por qué no vamos a discutir con el Poder Judicial, por qué no están acá, no se los invita y escucha. Todos nos quejamos de la judicialización; hay que empezar a cambiarla.

En San Luis, en 2004, cambiamos el Código de Procedimiento en lo Civil y en lo

Penal, como primer paso, que significó que los jueces de la provincia de San Luis no pueden disponer más internaciones, y esto fue llevado en 2006 a ley provincial. Entonces, si una ley es de salud, lo primero que se tiene que definir es su objeto. El juez va a decir cuál es el objeto de esta ley, y en el objeto de la ley se plantea defender los Derechos Humanos de quienes tienen padecimiento mental.

La verdad es que si uno se toma el trabajo, que dijo la abogada antes —que no debería ser un trabajo—, de leer la Constitución Nacional, ahí están todos. Ahora el juez cuando lee eso, lo primero que tiene que saber es qué es padecimiento mental, y como la historia no empezó hoy, salvo que se quiera ignorar a José Ingenieros, a Enrique Pichón Riviere, José Bleger, Mauricio Goldenberg, la psicopatología, la psiquiatría, y la enfermedad existen, y deben ser tratadas con dignidad, con Derechos Humanos, con los avances de la ciencia, pero no es progresista negar su existencia, discúlpenme, porque si fuera así, si no existe más la enfermedad mental, ¿para qué hacemos una ley de salud mental? ¿No les parece contradictorio? Yo no quisiera estar en el cuero de ese juez. Además, definan sufrimiento. Si el objeto de la ley es el sufrimiento, definámoslo. Entonces, en el próximo “corralito”, “corralón” —esperemos que no existan—, vamos a tener que internar a dos o tres millones. ¿Ustedes se acuerdan de ese sufrimiento, o no? Y de los años de la dictadura, ¿a cuántos millones tenemos que internar?

Entonces, esta ley tiene un objeto que no está definido, y los jueces no la podrán aplicar, por más buenas intenciones y hermosas palabras que se digan. Acá el tema no es una cuestión de quién ideológicamente cree posicionarse más a la izquierda o más hacia el progresismo, porque si se habla del tema de los derechos humanos, yo quiero derechos humanos no sólo para los pacientes, sino para los familiares y para los trabajadores de la salud, que tienen carpetas médicas del 30 y del 40 por ciento en los hospitales. Quiero los derechos humanos para mí, porque yo no estudié para custodiar candados, sino para garantizar la salud de la población, y ese es mi compromiso. Y quiero derechos humanos para todo el pueblo argentino, porque quiero que todos accedan al derecho de saber que sus dineros están siendo malgastados, dilapidados, sosteniendo instituciones —como los manicomios, que son ofensivas para la condición humana— ineficientes, ineficaces, antiterapéuticas y pantallas de grandes negociados. Eso lo sabemos todos; de lo contrario, explíqueme dónde están los 4.900 pesos mensuales que le cuesta a la Ciudad de Buenos Aires la hotelería de cada paciente del Borda. ¿Dónde está? ¿Cuánto le llega al paciente de eso?

Entonces, si vamos a hablar de derechos humanos, hablemos en serio. Y si vamos a hablar de una ley de salud mental, definamos el objeto. Y si vamos a hablar de psicofármacos, hablaremos del uso racional de los psicofármacos, que eso es lo que hay que instalar en la Argentina, y no el negociado por el cual los laboratorios y sus intermediarios van, provincia por provincia, vendiendo las últimas novedades e ilusiones mágicas, que son siempre las más caras.

Tenemos que definir una política de Estado de uso racional de los psicofármacos, terminar con los manicomios —como hicimos en la provincia de San Luis hace dieciséis años— y contar con una legislación que respalde eso. Y, si haremos una ley, además de participativa, que sea federal. ¡Que sea federal! Lo repito: que sea federal, porque estamos en un país en donde hay diez provincias que tienen ley de salud mental, y tenemos derecho a que nuestras leyes sean tomadas en consideración, porque son muy previas a estos proyectos que estamos discutiendo. ¡Muy previas! Tenemos muchas experiencias para mostrar. En la Argentina hay muchos hospitales psiquiátricos y lugares de salud mental donde, en lugar de

estar discutiéndose quién hace pis más lejos, estamos preocupándonos por los pacientes para que no se pudran en el encierro. Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. — Gracias, doctor.

Tiene la palabra la señora decana de la Facultad de Psicología de la UBA.

Sra. Cervone. — En primer lugar, quiero decir que estoy en representación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, que hemos participado solamente en una reunión previa a ésta, pero que queremos dar a conocer nuestra posición y nuestra historia con respecto al tema que hoy tratamos de intercambiar.

En la Facultad de Psicología durante reiteradas oportunidades, hemos manifestado nuestro apoyo, como institución universitaria de educación superior, al proyecto de ley presentado por el señor diputado Leonardo Gorbacz, que tuvo la media sanción el año pasado.

Quiero destacar varios puntos de estos reiterados apoyos internos en nuestra institución, que hace muy poco tiempo han trascendido a la opinión pública, y puntualizar que este proyecto de ley ha sido conocido y debatido desde hace varios años, cuando todavía no había sido sancionado en la Cámara de Diputados. Es así que hubo varias jornadas de trabajo, pero una de ellas muy especial para nosotros, que fue una jornada de homenaje al doctor Mauricio Goldenberg, recordando cincuenta años de políticas en salud mental, donde estuvo presidiendo esa jornada el entonces señor ministro de Salud, Ginés González García, el rector de nuestra universidad, y el señor representante de OPS/OMS, Antonio Pagés.

En ese momento, entre otros proyectos, se presentó el del señor diputado Gorbacz, que aún no había tenido la sanción de la Cámara de Diputados. También estuvieron presentes los doctores Hugo Cohen y Vicente Galli, entre otros. Es decir que nuestro aval viene siendo producto de varios estudios y jornadas de debate.

Nuestra Facultad tiene en su formación un espacio de fundamental importancia para la salud pública en nuestro país, en cuanto a desarrollos conceptuales, políticas y prácticas en el campo de la salud mental. En el área de salud mental, le damos especial relevancia a las muy positivas experiencias que han habido en nuestro país, como las del doctor Goldenberg en el Hospital Lanús, las transformaciones allí realizadas y las concepciones innovadoras en lo relativo al tratamiento del problema de la salud mental, que permitieron marco teórico y técnico, político y sanitario, que trascendió al ámbito médico para incorporar y legitimar espacios y equipos interdisciplinarios, ya en ese momento.

Consideramos que este proyecto propone —es nuestra hipótesis— retomar y legislar para experiencias de este tipo, que son de avanzada en nuestro país y que fueron desgraciadamente interrumpidas por la dictadura militar que desarticuló estos movimientos de avanzada, como tantas otras situaciones de avanzada en este país.

A partir de la apertura democrática, la salud mental fue caracterizada como una de las prioridades del sector salud. Nuestra carrera de Psicología, que en la década del 50' formaba parte de la Facultad de Filosofía y Letras, fue creada como Facultad de Psicología y su plan de estudios empezó en 1985.

En la década del 80', la salud mental fue una de las prioridades del sector de salud. Fueron muchos los profesionales de nuestra Facultad que discutieron, desde el punto académico e investigativo, los dispositivos y también el impacto y los efectos totalmente negativos de la estructura manicomial. Se estudiaron e investigaron dispositivos y abordajes, propuestas alternativas con distintos recursos: asambleas, servicios asistenciales, talleres de reinserción, grupos multifamiliares. A nivel nacional y provincial, en el terreno de la salud mental, se hicieron cambios, que en nuestra institución siempre se han debatido.

Desde períodos como los de la década del 70' y 80' —que mencioné recién— es que vemos que este proyecto continúa y da posibilidad de un marco legal de lo que aquellas décadas fueron, justamente, de avanzada para la salud mental en la Argentina.

A partir de la década del 90', este proceso de avanzada —según lo que hemos estudiado— comenzó a desarticularse en nuestra Facultad y desde los profesionales que recibieron su formación en la Facultad de Psicología de la UBA, pero sin embargo se siguieron sosteniendo los principios de salud mental como área prioritaria de la salud, las prácticas participativas, las nuevas estrategias, el cuestionamiento a la institución asilar, la reinserción del enfermo mental, el trabajo con la familia.

Estudiando las experiencias que se realizaron en la provincia de San Luis —recién lo decía el doctor Pellegrini— fue un punto esencial en las enseñanzas de grado, investigaciones y en las reuniones de todas las unidades académicas de Psicología del país reunidas en la AUAPsi (Asociación de Unidades Académicas de Psicología de todo el país).

Es desde esta perspectiva que este proyecto de ley, que vuelve a pensar los dispositivos clásicos en salud mental para incorporar abordajes acordes al avance del conocimiento, tanto como al respeto por los derechos humanos y sociales del enfermo mental, incorpora en su Capítulo V —Modalidad de abordaje—, el artículo 8°, que establece: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados”. Se incluyen las distintas áreas que todos ustedes conocen.

En este aspecto, quiero destacar que los psicólogos y todos los profesionales que integran la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires apoyamos la idea de integrar los grupos interdisciplinarios con todas las profesiones y profesionales que se ocupan del abordaje de salud mental, sin distinciones de ningún tipo más que las provenientes del saber y de la idoneidad profesional, sin discriminaciones ni diferencias. También queremos que los equipos interdisciplinarios sean dirigidos por los más aptos y competentes profesionalmente, surgidos de mecanismos electivos serios y transparentes.

Por otra parte, el artículo 16 de esta ley destaca la importancia del diagnóstico interdisciplinario y la responsabilidad que le cabe al psicólogo, tanto como al psiquiatra, cuando regula las condiciones en el caso de que haya disposición de internación. En ese sentido, quiero señalar que la profesión del psicólogo es regulada por el Estado, ya que desde el año 2004 la psicología ha sido incorporada a la nómina de profesiones de interés público, según el artículo 43 de la Ley 24521. No leeré los fundamentos, porque creo que todos conocen las caracterizaciones de las profesiones de interés público.

Otro punto para nosotros importante es que, en tanto formadora de profesionales, la Facultad de Psicología está comprometida con la salud de la población y, particularmente, con el campo de salud mental. Esto está plenamente destacado en esta ley, no solamente en su artículo 8°, sino también en el artículo 33, que encomienda a la autoridad de aplicación desarrollar recomendaciones a las universidades para la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas, y promover espacios de capacitación y actualización para profesionales que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país. Para nosotros es prioritario en el apoyo a esta ley el lugar que se le da a la formación continua de los profesionales y la consulta e intercambio para realmente establecer cambios en los planes de estudios de las universidades.

Quiero destacar que, además del estudio pormenorizado de esta ley en el ámbito universitario hace años, la Facultad de Psicología se mantiene en estado de preocupación por

la situación de crisis por la que atraviesa la salud, en general, y la salud mental, en particular, siendo importante destacar que en la actualidad el sistema de salud mental se rige por leyes que han perdido vigencia. En ese sentido, nosotros le damos mucha importancia a la promulgación de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, del año 2000, y su reglamentación en el año 2004, y consideramos que sirve de precedente de importancia a esta ley, aun cuando existan muchos problemas en la Ciudad de Buenos Aires para su implementación.

Por último, quiero destacar que desde la Facultad de Psicología pensamos que este proyecto permitirá formular un plan nacional de salud mental de avanzada y desarrollar programas, producto de la investigación, que incluye —para nosotros es esencial— la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y cumple un marco de salud mental que fija un piso mínimo de derechos y garantías de debido proceso para todas las personas.

Termino mi exposición diciendo que es por todo esto y por mucho más, habiendo estudiado y desde hace años estado en conocimiento y en actitud de creatividad y estudio e investigación en todo lo atinente a la salud mental, que la Facultad de Psicología el 4 de octubre sacó una resolución apoyando el proyecto presentado por el licenciado Gorbacz, que dejó a consideración de esta comisión.

Sr. Presidente. — Muchas gracias.

Sra. Cervone. — Y también la declaración que ha acompañado la Asociación de Unidades Académicas de Psicología de todo el país y una lista de apoyos que han llegado a la Facultad de Psicología. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. — Muchas gracias, decana.

También queremos agradecer la presencia de la cofirmante del proyecto, la diputada de la Nación Silvia Storni, que está presente en esta reunión.

Tiene la palabra el doctor Juan Carlos Stagnaro.

Sr. Stagnaro. — Trataré de expresar muy concisamente —no bajo forma de adhesiones u opiniones generales— lo que pensamos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, quien me mandató como experto para asesorar al Senado en este caso, junto con el acuerdo del Consejo Académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba y consulta con las cátedras de Psiquiatría y Salud Mental de las universidades de Rosario, Comahue, Mendoza, Corrientes, La Plata y centro de la provincia de Buenos Aires.

Entendiendo que, como director del Departamento de Salud Mental de la Universidad de Buenos Aires, era una alta responsabilidad responder a la posibilidad de brindar información científicamente asentada en relación a los proyectos de ley de salud mental que ustedes están estudiando, es que los analizamos. En consecuencia, quisiera puntualizar muy brevemente, y dejar la información posteriormente para la utilización de la Comisión, algunos puntos esenciales que a nuestro criterio deben estar incluidos en la ley que finalmente sea sancionada por el Congreso de la Nación.

El primer punto es respecto del objeto y definición de la ley. Algo se comentó recién, pero yo quiero abundar en eso. En algunos casos, en los proyectos se habla de padecimientos o sufrimiento mental. Se comentó recién, pero quiero precisar esto: el significado inespecífico de ese término, no desde el punto de vista de qué utilización pueden hacer *a posteriori* los jueces, sino estrictamente sanitario.

Una persona que vive en condiciones precarias —pobreza, desocupación— puede, sin ningún lugar a duda, tener sufrimiento o padecimientos mentales. Plantear las cosas en estos

términos arriesga terapeutizar el sufrimiento social. Deja inespecífico el problema que reviste lo que la Organización Mundial de la Salud ubica como conductas humanas en la clasificación internacional de enfermedades, actualmente en su versión 10 y en estudio en su versión 11.

La ley debe precisar esto en su objeto. Es imprescindible que lo haga, porque de lo contrario, podemos deslizarnos a una “patologización” del conflicto social y esto puede tener gravísimas consecuencias.

Los médicos no queremos hacernos cargo de ese problema como médicos; queremos hacerlo como ciudadanos. Como médicos queremos hacernos cargo de los enfermos que nos consultan y de los problemas sanitarios.

Respecto de los diagnósticos interdisciplinarios, estudiamos profundamente el asunto con muy buena predisposición y encontramos una diferencia, desde el punto de vista epistemológico, entre interdisciplinario y multidisciplinario, con las salvedades que podría hacer pero no tengo el tiempo para ello. Y no hemos podido encontrar que existan categorías de diagnóstico interdisciplinario en manuales y tratados de salud que sean compatibles con los criterios legales que rigen las prestaciones de salud en nuestro país.

El contrato de medios que liga a los médicos y en general al personal de salud con los pacientes -y por ende asegura sus derechos- se hace en referencia a un diagnóstico aceptado por el consenso internacional. En nuestro país, el más amplio y obligatorio, por ser país miembro -esta también es una preceptiva internacional a la que la Argentina se obliga-, es la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud en base a lo que mencioné recién y a lo cual nosotros debemos hacer nuestras estadísticas sanitarias y asentar nuestros diagnósticos legalmente en las historias clínicas.

Esta es una precisión no solo técnica sino conceptual profunda que pido a los miembros de la comisión que tengan en cuenta para que esta ley tenga el rigor que requiere en su aplicación posterior.

El tercer aspecto, el diagnóstico en la internación, siempre debe contar con una opinión médica. No es alternativa, siempre debe tener una opinión médica. Y voy a fundamentarlo. Quien ha trabajado en instituciones públicas en guardias, en servicios intensivos o de terapia a corto plazo, cualquiera fuera la profesión que ocupara en los equipos de salud mental, sabe que siempre, aunque sea para descartarlo, se plantea un diagnóstico diferencial entre esos trastornos mentales caracterizados por la clasificación internacional de enfermedades y enfermedades orgánicas con repercusión en la esfera mental: intoxicaciones, traumatismos de cráneo, enfermedades neurológicas, efectos secundarios de diversos medicamentos, etcétera. Esto no es un hecho menor en una ley que se propone correctamente -en esto estamos absolutamente de acuerdo- garantizar los derechos humanos de los pacientes, ya que el criterio del diagnóstico médico es el que mejores garantías da con relación al derecho principalísimo que es la vida.

Cuando planteo esto no estoy haciendo un reduccionismo biológico. Digo que el diagnóstico médico incluye lo biológico, pero es integral. Hay reduccionismos de distintos tipos. También los hay psicológicos y sociológicos.

Por otro lado, de acuerdo a las leyes existentes, el único profesional facultado para determinar una internación es el médico. Por el momento es así. El médico psiquiatra, que posee un título que nuestra universidad y las demás otorgan, es el que ha hecho un curso de posgrado -no solamente de grado- y está obligado a promover la internación. La terapéutica no es pasible...

- *Murmillos.*

Sr. Presidente. – Por favor, silencio.

Sr. Stagnaro. – En tercer lugar, la terapéutica no es pasible de legislación...

- *Murmullos.*

Sr. Presidente. – Hemos sido respetuosos escuchando a todas las personas que han participado. Sigamos con la misma consigna, por favor.

Sr. Stagnaro. – Quien quiera que le haga alguna aclaración a posteriori, con todo gusto lo haré, pero todos tuvieron derecho de hablar sin ser interrumpidos y creo que tengo el mismo derecho.

Sr. Presidente. – Continúe, doctor, por favor.

Sr. Stagnaro. - En tercer lugar, la terapéutica no es pasible de legislación. Porque se adapta a cada paciente. En el caso de la prescripción de psicofármacos, que es taxativamente mencionada en la ley, debo recordar que la medicina tiene suficientes pautas de buena praxis que obligan al médico a cumplir con la medicación siguiendo su uso racional. Es claro que para todas las especialidades médicas la prescripción de fármacos debe ser racional, precisa, metódica, actualizada, informada, consentida y documentada en la historia clínica. Las leyes no pueden ser textos de terapéutica. La racionalidad de la prescripción deviene de la *lex artis*, no del derecho, y ninguna ley puede decir cuándo indicar un fármaco o no. Aquel que lo haga, que esté capacitado para medicar, se hará cargo ante la ley de las decisiones que tome.

Por último quisiera decir que, pensándolo con los colegas profesores desde el punto de vista sanitario, consideramos que todas las experiencias que existen a nivel mundial deben ser consideradas cuando evaluamos nuestros propios sistemas de salud.

He trabajado en una que tuvo uno de los más grandes éxitos después de la segunda guerra mundial durante una década en Francia, que fue la llamada política del sector. Conozco otras transformaciones psiquiátricas que se realizaron. Pero consideramos de buen cuño sanitario que como la salud mental es un fenómeno tan atravesado por la realidad cultural, social, económica, política, de tradiciones intelectuales, etcétera, debe ser construida no sobre modelos de otros lugares que crearon sus sistemas totalmente adaptados a sus realidades en todas esas dimensiones, sino a partir de lo que nosotros tenemos en todas esas realidades.

Y como escuché decir recién, tenemos una larga historia de experiencias, lamentablemente truncadas por interrupciones dictatoriales, por la represión, pero también en los períodos en los que no hubo gobiernos militares, por falta de presupuestos, de atención desde la salud pública al campo de la salud mental.

Hubo experiencias muy ricas y algunas exitosas y en marcha.

El doctor Pellegrini habló recién. He visitado la experiencia de San Luis y sé lo que eso significa. Pero también he visitado otras que en este momento se están desarrollando y están dando excelentes resultados.

Por lo tanto, la construcción de sistemas sanitarios debe obedecer a la realidad nacional en toda su integridad. Esto, desde el punto de vista de la salud pública.

Dejo a la comisión los documentos y nos ponemos a disposición para cualquier consulta posterior que quieran realizar. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. – Tiene la palabra el señor Eduardo Munín en representación de la Asociación de Médicos Municipales.

Sr. Munín. – Muchas gracias por la invitación.

En realidad, quien debiera estar aquí es el doctor Jorge Gilardi, que es el presidente de la Asociación de Médicos Municipales. Lamentablemente no pudo venir por tener otra agenda, por lo cual estoy en representación de él.

Soy el secretario gremial adjunto de la entidad mencionada que representa a 15.000 médicos de la Capital Federal y que trabaja en conjunto y en colaboración absoluta con 7.000 profesionales de la salud. Y algo tenemos para decir sobre el tema de la salud en la Capital Federal y en el país en general, dado que atendemos a muchísima gente de la provincia de Buenos Aires, del interior y de países limítrofes.

Nos hemos enterado de esta ley que, como he oído aquí, hace dos años que se viene discutiendo, prácticamente un mes antes de su aprobación en el Senado el año pasado y cuando ya había sido, según la información que tengo, aprobada sin dictamen de comisión y sobre tablas en Diputados. Y nosotros nos enteramos sencillamente un mes antes de la discusión y la aprobación en el Senado de la Nación el año pasado.

Me parece que, en realidad, sin ser los únicos ni los más importantes, tenemos una trayectoria de 70 años en la salud del país, como para que por lo menos se nos hubiera preguntado qué opinábamos acerca del proyecto de ley. Yo quiero ser muy concreto y opinar no de salud mental, porque no es mi campo, y ya se han expresado otros profesionales de forma muy contundente y profunda. Quiero transmitirles que con respecto a este proyecto de ley, hay dos temas que la Asociación de Médicos Municipales no negocia ni renuncia y que va a defender con todo el peso de su organización, y es el respeto a las incumbencias.

Nosotros no avanzamos sobre las incumbencias de ninguna profesión, trabajamos interdisciplinaria y multidisciplinariamente en los 33 hospitales de la Capital Federal, incluyendo los neuropsiquiátricos. Otro tema que no es negociable es la transformación, el mejoramiento, todo lo que pueda significar más el derecho de los pacientes y de los trabajadores en cuanto al funcionamiento de nuestros neuropsiquiátricos. No se va a cerrar una cama ni se va a tirar un paciente a la calle, porque va a salir a defenderlo la organización gremial, si no hay ninguna alternativa ni un plan que sea superador y con participación absoluta de nuestra organización.

Como les dije antes, tenemos 70 años de presencia en la Capital Federal, en 33 hospitales públicos. Nos asesoran nuestros trabajadores de los neuropsiquiátricos y de la salud mental. Por lo tanto, tenemos algo que decir y aportar. Muchas gracias.

Sr. Presidente. — Tiene la palabra el doctor Sylvestre Begnis.

Sr. Begnis. — Buenas tardes a todos.

Quería reconocer, señor Cano, que para nosotros era suficiente el tiempo de debate y la participación de las instituciones y de la gente, y que no era necesario seguir convocando a instituciones. Y fue dicho claramente acá, no solo los 4 años en los que fui presidente de la Comisión de Salud en la Cámara de Diputados donde no se perdió un solo día de debate, al contrario.

Esta ley recibió tantos martillazos como una espada para poder ser cincelada. Perdió partes muy importantes de modificación del Código Civil, porque no se podía modificar. Desde nuestra ley, tantos artículos del Código Civil que definían la insania, quedó uno solo de ellos. La participación fue de todas las comisiones en conjunto, pero lo decía recién la decana de la Facultad de Psicología, “años debatiendo esto”. Lo dijo hoy alguien que planteó hace muchos años que nosotros veníamos discutiendo esto.

Le agradezco a Horacio que haya comentado la cantidad de reuniones multidisciplinarias a las que ellos han convocado, es decir, este no es un tema novedoso, sino que tuvimos alternativas. Parecía que levantaba un poco esto en la época en que la psiquiatría y la salud mental llegaron a los barrios, y que después se perdió, lógicamente, durante el período del proceso.

Tuvimos este refrescar en la época del inicio de la democracia cuando Vicente Galli estuvo a cargo de la Dirección Nacional de Salud Mental, y parecía que volvíamos a recuperar y poner a la salud mental donde correspondía. Después de esta reunión, debo reconocer que nos hacía falta seguir discutiendo para limar algunas asperezas o diferencias que yo no las veo de una profundidad tal como para hacer modificaciones de un texto que tiene un nivel de certeza bastante fuerte. Me parece que ha sido una muy buena idea de la Comisión de Salud y Deporte, a la que le agradezco no solo la invitación, sino el hecho de que se haya convocado en forma múltiple.

La expectativa era venir acá, agarrarnos a las trompadas con APSA, con médicos municipales, porque teníamos diferencias fundamentales. La verdad es que el nivel de discusión tuvo altura, se escuchó a todo el mundo. Escuché hablar de la multiprofesionalidad, muchos oradores hablaron de las multidisciplinas. La interdisciplina, que recién el doctor Stagnaro planteaba, es una dinámica de grupo de la multidisciplina. Se ha venido dando esto. Vi las coincidencias enormes que hay sobre la estructura del 99 por ciento, y es cierto que hay dos o tres puntos que nos va a costar mucho tiempo ir encontrando en cuales se pueda ir avanzando para llevar ese nivel óptimo de calidad que queremos nosotros darle en salud, incluyendo salud mental.

Más de 25 millones de personas en la Republica Argentina, lo decía Pellegrini recién, tienen ya Ley de Salud Mental. Esto es un tema de universalización. Cuando nosotros planteamos las grandes políticas a las que tenemos que apuntar en materia sanitaria, una es la universalización. Todos tienen que tener el derecho de acceso a la salud igualitaria.

Asimismo, nos están faltando, decía Pellegrini, diez provincias que tengan ley, pero no son “provincitas”, una es Buenos Aires, que, además, hace pocos días acaba de presentar un proyecto de perfeccionamiento de la ley de la desmanicomialización, que era la que estaba vigente. Córdoba mañana aprueba la Ley de Salud Mental, modificatoria de la desmanicomialización, que tenía antes, y si sumamos los habitantes de todas las provincias, estamos en 25 millones de personas. Hay 15 que en 14 provincias todavía no tienen una ley que oriente políticamente, que fije los objetivos claramente, no solo de los Derechos Humanos, sino del otro tema que voy a hablar ahora.

Siempre dije que —y esta es la experiencia que uno tiene trabajando en legislatura— hay gente que habla de leyes y de legislatura, pero no conoce bien, porque nunca estuvieron en el trámite de hacer una ley. Quienes estuvimos, sabemos lo difícil que es sacar una ley, y nos revienta que después no se cumpla, pero hacer una ley es un trabajo infinito.

También critiqué al señor Cano, en su momento, íntimamente, decía por qué el Senado tiene que revisar algo que la Cámara de Diputados aprobó por unanimidad, por qué el radicalismo tiene que objetar lo que el radicalismo aprobó, firmó, etcétera. No sé si ustedes saben, pero una ley nosotros decimos siempre que tiene media sanción. Eso no existe jurídicamente. La ley pasa a la otra Cámara en revisión.

Cano: hay que aplaudir tu decisión, porque la ley vino en revisión, y si estamos hablando de una ley que tiene tal nivel de trascendencia sanitaria, es bueno que la otra Cámara no apruebe a libro cerrado ni levantando la mano, y esto tiene una actitud ambigua. No es cierto que fue sin dictamen, fue con tres dictámenes, lo que sí pedimos nosotros es el tratamiento sobre tablas en un momento en que se finalizaba el año legislativo, pero también es cierto que, por el otro lado, el espíritu democrático dice: “Si hay quienes no lo consideran suficiente al debate, sigamos adelante”. Por eso, le agradezco a la Comisión de Salud y Deporte que lo haya sometido nuevamente a una revisión, lo cual nos dará la tranquilidad de la

perfección de los textos.

Dijo bien Stagnaro: “los dos lo interpretamos distinto”. Dice que el conflicto social genera conflicto mental. Y esto es definitivo. Es cierto que eso es así, pero eso es salud, no es medicina. Eso es salud. Desde el punto de vista sanitario, los médicos tenemos un rol y la comunidad tiene otro. ¿O ustedes creen que la prevención —que es lo que estamos planteando en adicciones y en salud mental— es un tema que los médicos tienen que conducir o dirigir? ¿A los 40 millones de habitantes les vamos a poner los 100 mil médicos, un médico en cada casa, para que les diga qué es lo que tienen que hacer para prevenir este tipo de dificultades mentales? ¿Le vamos a poner un médico a cada ministro, intendente o presidente de comuna para que resuelva las condiciones sociales? No.

Yo lo concibo desde otro punto de vista, como que es una evolución enorme. Algunos de los oradores destacaron muy bien lo positivo que resulta que salud mental tome este volumen. De aquella insuficiente capacitación profesional pregrado, de un cuatrimestre de mierda que teníamos para hacer psiquiatría, donde nos enseñaban cuatro patologías. No se hablaba de psicología. Recién algunas facultades, hace unos pocos años, tienen algunos cursos verticales de psicología, donde nos enseñaban arteriosclerosis, esquizofrenia, demencia senil, por ahí el goma sifilítico, pero no hablábamos de los problemas de la neurosis ni del conflicto mental del tipo que necesita una contención.

Se citó acá a Pichon-Rivière, quien la vio bien clara. Una cosa es la patología mental muy avanzada y otra es la de los veinte millones de argentinos que la sufren todos los días. ¡Queremos que haya alguien que pueda generar algún nivel de contención! Y eso es lo que recién planteaba muy bien Stagnaro. ¡Salud mental y salud social forman parte de la salud! Lamentablemente, salud mental no arrastra salud social. Lo que sí nos obligaría es que no hablemos más de salud; tenemos que hablar de salud orgánica, de salud física. Entonces, vamos a decir “hay una salud física, una ley de salud mental y una ley de salud social”. Estamos mamados.

Esta es quizás la razón por la cual yo disiento con que hayamos hecho una ley de salud mental: porque la separamos de la salud, poniéndole un apellido innecesario, porque forma parte de la salud. Pero también es algo que ha cambiado desde aquel cuatrimestre, desde la no formación de los aspectos mentales de ninguna patología. No nos enseñaron cómo impactaba la hemorragia cerebral en la familia y en el paciente, en el discapacitado; no nos enseñaron qué pasaba cuando cicatrizaba el corazón de un infarto y el individuo se quedaba con una discapacidad, tenía que jubilarse, ganar la mitad, etcétera. Salud mental forma parte de toda la patología. Y esto lo hemos discutido con AFACIMERA, que nos ha dado total y absoluto apoyo a esta ley. Se trata de la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina, que incluye la Escuela de Fonoaudiología y a las escuelas de Enfermería. No podemos dejar de reconocerle la historia, experiencia y la defensa de la psiquiatría que hace el presidente de APSA. Tenemos 11 mil establecimientos y 2.400 psiquiatras. Si vamos a hacer contención y prevención de salud mental, tenemos que hacerlo en 6.600 centros de atención primaria que reciben las cajas del REMEDIAR. Allí trabajan 17 mil personas —profesionales, médicos, enfermeras, psicólogos— que no saben nada de salud mental, porque nunca se nos enseñó el tema de salud mental.

Se habló aquí de que es importante tener presupuesto. Este proyecto, que tiene aspectos judiciales, tiene presupuesto. ¿Cómo tiene presupuesto? Sí. La ley es para el año que viene; está presupuestado. Pero para este año ya nos dieron presupuesto para la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Lo sacaron de otro lugar para darnoslo. Lo tiene ya el

Ministerio de Salud en dinero constante y sonante para poder trabajar de acá hasta fin de año. Viene con recursos y con mucha claridad.

Desde el punto de vista judicial, se dijo que por qué no están acá los jueces. Los jueces estuvieron y se consultó al Consejo de la Magistratura. El origen del texto de esta ley fue revisado veinte veces en el Ministerio de Justicia de la Nación, por el poder de Fiscalía y por el poder de Defensoría, además de los jueces penales. Yo, personalmente, le llevé este texto a Zaffaroni y a Fayt para que lo leyeran; no encontraron fallas e hicieron algunas sugerencias.

Es cierto que falta opinar a mucha gente. Como esto es un cambio paradigmático fundamental y llevará décadas salir de tanto atraso, tenemos el tiempo para seguir discutiendo y para que el Senado siga en esta excelente línea en la que estamos. Pero necesitamos la ley, queremos que salga sin modificaciones, que no vuelva a la Cámara de Diputados, y después corregiremos con otros instrumentos jurídicos legales todo lo que haga falta para ir satisfaciendo a los 40 millones. ¿Está claro? A los 40 millones, que son los beneficiarios de este nuevo régimen jurídico que levanta salud mental a los niveles que tantos años hemos soñado. Gracias. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. — Gracias, doctor.

Tiene la palabra el señor licenciado Yago Di Nella, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Sr. Di Nella. — Señores senadores y a todos los presentes: es difícil hablar luego de tan brillantes oradores con tanta experiencia y recorrido en el tema.

Me toca a mí hablar en representación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, quienes hemos elaborado un dictamen, que hemos extendido al Senado, en relación a los proyectos de ley y, en particular —si bien tomamos en cuenta a todos—, al que tiene la sanción de la Cámara de Diputados.

En lo que respecta a la situación en el país en lo que hace a salud mental, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones está en funcionamiento desde el 5 de abril, cuando el decreto presidencial la creó. Tiene algunos datos que quisiéramos compartir brevemente, para luego pasar al proyecto en sí.

En nuestro país, hay nueve provincias que no requieren de la institución manicomial para funcionar. Esas provincias están integradas por todas las de la Patagonia, San Luis, Chaco y Formosa. Algunas de estas provincias tienen un exiguo presupuesto para salud mental, pero se las han ingeniado, a pesar de esto y a sabiendas de que tenemos que modificar además esa situación, para generar un cambio de paradigma y atender a las personas sin necesidad de este instrumento.

Así todo, nosotros consideramos que el principal valor que tiene esta ley no tiene que ver sólo con lo manicomial, sino justamente con la idea de plantear la atención de toda la población. En realidad, nosotros apoyamos el término “padecimiento mental”, porque creemos que merecen atención, por la salud mental, todas las personas, no sólo los enfermos mentales; y que multiplicidad de factores hacen que en distintos momentos de la vida cualquiera de nosotros pase por una crisis en su salud mental y que no se debe esperar a la patología para que esta atención sea posible, factible y ejercida.

Cuando se habla del derecho a la salud —por ejemplo, en las normativas de derechos humanos—, no se habla del derecho a esperar a que se enferme alguien para que sea atendido, sino el de la preservación de la salud. En este sentido, nosotros coincidimos cuando el proyecto de ley habla, no sólo se constriñe a la atención de la enfermedad mental, sino que habla de la promoción de la salud a través del concepto del padecimiento mental.

He notado una preocupación —es importante que ustedes lo tengan en claro— acerca de si se contará con presupuesto para lo que plantea la ley. La ley tiene un artículo que plantea claramente que en tres años se debe llegar a que los presupuestos de salud se instalen, en relación a salud mental, en el 10 por ciento. Es decir que el 10 por ciento de los presupuesto de salud se vehiculicen hacia los programas e iniciativas de salud mental. Esto lo dice el proyecto de ley, así que tiene contemplado el problema del presupuesto.

Como dijo Sylvestre Begnis, esto ya está siendo en parte suplantado, porque algunas de estas provincias ya están muy cerca de este número y otras están muy lejos. La situación es muy dispar. Justamente, la ley viene a instalar el criterio de equidad respecto de los presupuestos, para que un habitante no tenga distinto trato por el hecho de estar en una provincia o en otra de este país, porque bajo el respeto del federalismo y en base a los compromisos nacionales e internacionales que tiene nuestro país, también nos debemos un criterio de equidad y es que, si un habitante está en las provincias de San Luis, de Río Negro, de Chubut, de Santa Cruz o de Tierra del Fuego, tiene un tipo de trato y, si está en las provincias donde el único recurso es el manicomio, tiene otro. Nosotros respetamos el federalismo —ahora hablaremos un minuto de ello—, pero también, y sobre todo, el carácter de ciudadano argentino es el que estamos poniendo aquí como contrapeso a esto.

El proyecto de ley ha tenido múltiples apoyos, que a mí me interesa señalar, sobre todo porque en otros momentos —por ejemplo, en las sesiones del año pasado en esta misma Cámara— ha habido planteos acerca de la falta de apoyo al proyecto. Si algo no le falta al proyecto de ley es apoyo.

De la revisión del proyecto de ley han participado la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación —en el momento en que esto se hizo, yo pertenecía a este organismo, así que conozco bien el proceso—, el INADI y distintos organismos de contralor. Se ha dicho que el proyecto no contaba con apoyos académicos. Ya ha anunciado aquí Sylvestre Begnis que la asociación que reúne a todas las unidades académicas de medicina, públicas y privadas, han brindado su apoyo y han pedido la sanción del proyecto.

También se ha dicho que las provincias no acompañan o no apoyan este proyecto. Quiero informarles que el COFELESA (Consejo Federal de Legisladores de Salud), que reúne a los presidentes de las comisiones de salud de cada provincia, por unanimidad han pedido la sanción urgente de este proyecto de ley, de las provincias que ustedes también están representando.

Además, y para ir al Poder Ejecutivo, veinte de los veinticuatro distritos, reunidos en el COFESAMA (Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones), se han reunido dos veces en los últimos dos meses y han proclamado también la necesidad de una sanción urgente del proyecto de ley. También se ha reunido también hace tres meses el Foro Patagónico de Salud Mental, que reúne a todas las provincias de la Patagonia, incluida La Pampa —hemos entregado las actas a los senadores—, donde se ha pedido la sanción urgente de los proyectos de ley. Y hay más provincias, como la de Chubut y la de Río Negro, que tienen leyes de salud mental en total consonancia con el proyecto de ley nacional.

También se han manifestado organismos internacionales. Nosotros venimos hace una semana de un encuentro que se realizó en Panamá, donde se reunieron las direcciones de salud mental de todos los países, junto con la OPS/OMS. Allí se presentó a este proyecto de ley como un proyecto modelo a ser replicado por los demás países de la región. Lo ha presentado la OPS —no nosotros— y nos han pedido que vayamos, justamente, para presentar este proyecto como un proyecto de ley modelo. No lo decimos nosotros, lo dice la OPS, quien

también ha estado en el Congreso de la Nación pidiendo la sanción del proyecto de ley. La OMS, a través de Benedetto Saraceno, también solicitó la sanción urgente del proyecto de ley y se ha manifestado reiteradamente desde la OMS en este sentido.

Y también, hay otro tipo de apoyos. Los organismos de derechos humanos de este país, que tan caros son a esta historia —las Abuelas, las Madres, los Hijos, la APDH, el CELS, entre otros—, se han manifestado y están reclamando desde hace tiempo. Ya han hecho un abrazo al Congreso y están insistiendo en volver a manifestarse por las calles pidiendo la sanción del proyecto de ley.

También se han manifestado en este sentido los sindicatos —la CGT, la CTA— y otro tipo de organismos, como la Asociación Argentina de Salud Mental, que reúne interdisciplinariamente a distintas profesiones del campo de la salud mental, y otras organizaciones profesionales interdisciplinarias, como aquí ya se han citado hoy y que incluso han estado hablando.

Se han manifestado también las organizaciones de familiares, usuarios y voluntarios, la Red Nacional REDGFU, que ha hablado y participado en la anterior sesión de noviembre último pasado, pidiendo la sanción urgente del proyecto de ley, y también las organizaciones de protección de los derechos de las personas con discapacidad, sobre todo porque tenemos un panorama en salud mental absolutamente contradictorio, hasta no tener ley, respecto de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Y, como decía, se han manifestado también organizaciones académicas.

Ya no sabemos a quién pedirle apoyo. Ya están todos y necesitamos que se avance. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones quiere traer esta palabra de pedido de sanción del proyecto de ley. Necesitamos esto urgentemente. Lo necesitan las 25 mil personas que siguen encerradas, las 6 millones de personas que tienen algún tipo de trastorno mental o adicción —porque la ley también incluye explícitamente la atención de las personas con adicción— y los familiares de estas personas.

Hoy estamos ante un vacío legal, que es la principal razón por la cual insistimos con un proyecto, que podrá no ser el ideal —no conozco un proyecto de ley que haya salido como ideal y con respecto al cual nadie haya tenido ningún tipo de planteo. Reconocemos que tenemos mucho por trabajar y ponemos a disposición toda la infraestructura necesaria para trabajar en la reglamentación, para corregir eventuales problemas. Pero necesitamos un proyecto de ley que permita urgentemente atender a la población.

Para nosotros, los senadores —tratando de no ser irrespetuosos, sino de presentar cómo lo vemos nosotros a esto— tienen una disyuntiva que tiene que ver —como decía Sylvestre Begnis— con las 40 millones de personas. Todas ellas necesitan una ley, que tendremos que superar y mejorar, pero que la necesitamos urgentemente. Este proyecto tiene sanción de la Cámara de Diputados, que se ha dado en forma unánime. Es decir que todos los bloques y diputados que estaban presentes el día de la sesión, la votaron. Y todas estas organizaciones, incluidos los organismos internacionales especializados en el tema que nos ponen como proyecto modelo, no están equivocados. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. – En nombre de la Comisión de Salud del Senado de la Nación quiero agradecer la presencia de todos y de cada uno de ustedes. Seguramente todo lo que aquí se dijo servirá a todos los senadores para tener una posición formada con sustento a la hora de emitir un dictamen.

Lo decimos desde el convencimiento que estamos de acuerdo en la necesidad de avanzar en la sanción de una ley de salud mental, pero también que como cámara de revisión

tenemos la enorme responsabilidad, como bien se dijo acá, de analizar absolutamente todos los proyectos que vengan de la Cámara de Diputados, sean votados en manera unánime o no. Porque esa es la responsabilidad para la cual nos han elegido en cada una de nuestras provincias.

Queremos agradecer la presencia de todos y cada uno de ustedes y en nombre de la Comisión de Salud.

Sra. Fellner. – Quiero aclarar dos o tres puntos que quedaron dando vueltas.

Al doctor que vino en representación de los médicos municipales quiero decir que el año pasado la senadora Giri, en ejercicio de la Presidencia, dijo en un momento que debía pedir perdón al resto de los municipios de la Argentina porque no habíamos podido cumplimentar las invitaciones a todos. O sea, el año pasado estuvo el doctor Gilardi.

La verdad es que me preocupó cuando alguien dijo que ya estaban los votos.

Sr. Pellegrini. – Yo lo dije, senadora.

Sra. Fellner. – Muy bien.

Ha sido un año muy largo. Escuché a usted el año pasado, como a las otras cuatro personas que están en contra. Usted no sabe lo rico que es, después de un año de haber ido a debates, a COFELESA y a distintos seminarios que hubo sobre todo esto...

Con todo respecto que merecen las cuatro personas que hablaron en contra, no se imaginan el crecimiento que hubiera sido para nosotros hoy... Porque tengo las versiones taquigráficas de las alocuciones de los doctores Pellegrini, Stagnaro, Vommaro y Gilardi, que no pudo venir pero habló otra persona más o menos lo mismo...

Sr. Munín. - ¿Puedo aclararle?

Sra. Fellner. – Lo escuché con toda atención y no lo...

Sr. Munín. – Pero es inexacto lo que dice.

Sra. Fellner. – ¿Qué es inexacto?

Sr. Munín. – Estuvo el doctor Gilardi el año pasado, pero la ley ya tenía media sanción de Diputados.

Sra. Fellner. – Y estuvo acá.

Sr. Munín. – Estuvo acá después de que fue aprobada. Habría sido muy interesante si hubiera sido invitado...

Sra. Fellner. – No voy a entrar en discusión.

Si hubiésemos escuchado a otros organismos o algo más en contra que nos aportara cosas nuevas hoy estaríamos en una disyuntiva. La verdad es que después de escucharlo, doctor, tengo mi voto.

Muchísimas gracias. (*Aplausos.*)

Sr. Presidente. – Agradezco nuevamente la participación de todos ustedes.

En mi percepción, acá no hubo manifestaciones en contra, hemos coincidido todos en la necesidad de que exista una ley de salud mental. Eso no obsta que haya matices y miradas que obviamente vamos a debatir en el ámbito que corresponde, que es el recinto.

Muchas gracias una vez más por haber participado. (*Aplausos.*)

- Son las 19 y 9.