



REPÚBLICA ARGENTINA
VERSIÓN TAQUIGRÁFICA
CÁMARA DE SENADORES DE LA NACIÓN

REUNIÓN PLENARIA DE LAS COMISIONES DE LEGISLACIÓN GENERAL, DE JUSTICIA Y ASUNTOS PENALES, DE SALUD Y DEPORTE Y DE PRESUPUESTO Y HACIEDA

Salón “Eva Perón” — H. Senado de la Nación

23 de noviembre de 2010

Presidencia de la señora senadora Negre de Alonso

- *En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Salón “Eva Perón” del Honorable Senado de la Nación, a las 16.13 del martes 23 de noviembre de 2010:*

Sra. Presidenta (Negre de Alonso). — Buenas tardes a todos. Bienvenidos.

Vamos a dar inicio a la reunión. Hoy es un día complicado desde el punto de vista legislativo y también por el tema de los aviones y de los traslados. Para no hacerlos esperar y para poder tratar todo el temario previsto, que es muy amplio e importante, vamos a ir llamando a los expositores.

A continuación, escucharemos al doctor José Eduardo Russo, vicepresidente de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial del Departamento Judicial de Morón y presidente de la Sala I de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial del Departamento Judicial de Morón.

Comenzamos con el tratamiento del proyecto de ley de salud mental.

- *Se incorpora a la reunión el senador Cano, presidente de la Comisión de Salud y Deporte.*

Sra. Presidenta. — Les informo que la secretaria de la Comisión acaba de recibir una nota, que aún no la he leído, y vamos a remitir copia a los señores senadores.

Doctor Russo, queda, usted, en uso de la palabra.

Sr. Russo. — Buenas tardes a todos.

Agradezco la invitación. Espero poder hacer un aporte desde mi experiencia a lo largo de tantos años. Les aclaro que llevo cuarenta y dos años en el Poder Judicial, dieciséis años en la Justicia nacional, fui en la provincia de Buenos Aires y hace veinticinco años que soy juez de Cámara.

Por el año 1976 y 1977 participé de una reacción espontánea dentro del fuero civil que conformó lo que denominó “Comisión de locos”, que estaba integrada por camaristas, por jueces de primera instancia, por el doctor Atilio Álvarez, como secretario de primera instancia por el doctor Horacio Granero y por quien les habla. En esa oportunidad, decidimos exhumar los expedientes sobre internaciones, sobre todos los aspectos que tenían que ver con la capacidad de las personas, que estaban en los archivos de los tribunales, a pesar de haber personas en esos expedientes, comprobamos situaciones muy tristes. Por ejemplo, había personas que desde hace largo tiempo tenían la externación decretada y por no tener a alguien que se haga cargo de ella aún estaban internadas.

Ahí se generó la primera reacción de la Justicia en salvaguardar los derechos humanos de las personas internadas, cambiando muchos de los principios del derecho procesal; es decir, todos estos tipos de juicio, de insania, de inhabilitación, de internación. En virtud del principio dispositivo eran impulso de parte. Nosotros dispusimos que fuera de oficio, como si fuera una causa penal, que la Justicia impulsara la revisión de las internaciones de los establecimientos psiquiátricos, una serie de principios que luego fueron un antecedente muy importante para la sanción de la Ley 22.914.

La experiencia a lo largo de todo este tiempo genera una deuda muy grande para con nuestros enfermos mentales, tanto en el ámbito nacional, donde hay un vacío muy grande, como en el ámbito provincial, donde tampoco existe una ley marco de salud mental. Con este breve introito nos adentramos a la ley.

Yo fui alumno de José María López Olaciregui, cuando empezamos a estudiar siempre leíamos el discurso preliminar de Portalís, quien decía que a las leyes se las toca temblando.

Por lo tanto, siempre es importante cuando se elabora un proyecto de ley, en este caso un proyecto de ley marco, tener en cuenta profundamente lo que se dice y cómo se lo reglamenta. Es preferible no ser reglamentarista.

Yo voy a señalar algunas reflexiones sobre el proyecto de ley en sí para adentrarme en algunos de los aspectos sobre los que conozco: las internaciones psiquiátricas.

Creo que esta iniciativa merece a mi modesto modo de ver muchas observaciones. No considero que tal cual está pueda ser sancionado, porque generaría graves conflictos. Primero, si bien la materia de los derechos personalísimos, las cuestiones accesorias a los derechos de fondo permitiría que se abordara esta cuestión, en principio hay dos aspectos que deben ser mencionados. La ley incursiona ampliamente en aspectos particulares que son privativos de las legislaciones locales, sobre todo los artículos 14, 15, 16, 24, 25 y 26. La misma observación he de formular respecto del artículo 40 del proyecto, que impone a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el deber de adaptar sus legislaciones, incluida la procesal, a las disposiciones que aquí se establecen.

En otros casos, algunas propuestas parecen versar más sobre criterios de tratamiento médico, o si se quiere interdisciplinario, que sobre cuestiones que deban ser materia de la legislación.

Brevemente quiero comentarles algo, porque fui co-redactor de la ley de fueros de familia de la provincia de Buenos Aires, que dentro de su competencia también tiene la materia de capacidad de las personas. Cuando nosotros comenzamos a trabajar en esta ley -estamos hablando del año 1987- comenzó a incursionarse sobre el aspecto interdisciplinario, sobre la interdisciplina como método de trabajo, algo que veo que es muy abordado en esta ley.

En esa oportunidad nosotros entendimos que, en la medida de lo posible, resultaba imprescindible crear el fuero de capacidad de las personas, es decir, jueces especializados en esta temática: en internaciones psiquiátricas, insania o inhabilitación, y que esos juzgados tuvieran equipos interdisciplinarios como los tiene el fuero de Familia en la provincia de Buenos Aires, integrado por psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales.

Dentro de ese marco es posible trabajar interdisciplinariamente dejando sentado que la interdisciplina como método de trabajo es muy fácil de preconizar pero muy difícil de practicar, porque en términos generales es ante todo un ejercicio de modestia y humildad; entonces, como a veces las disciplinas siempre se consideran las más importantes, es muy difícil trabajar interdisciplinariamente.

Pero en el fuero de Familia hay un funcionario con el cargo de “consejero de familia” que es un verdadero articulador institucional, que utiliza técnicas de mediación y que trabaja con el equipo interdisciplinario que, en definitiva, asume la responsabilidad de las decisiones que ese equipo toma. Es decir, se interactúa trabajando de consuno pero, en definitiva, quien asume el criterio y la responsabilidad es ese funcionario. Lamentablemente aquí eso no sucede porque se habla de un equipo interdisciplinario indefinido, porque hay materias que no están realmente descriptas, y realmente me parece que es un riesgo muy grande.

Cuando nosotros pensamos ciertos roles y quién los debía cumplir en algunos casos tuvimos que decidir que el rol, por ejemplo del consejero de familia, no podía ser cubierto por un terapeuta familiar -como algunos médicos psiquiatras entendían- sino que debía ser cubierto por un abogado.

Acá también vemos este criterio de indefinición cuando se refiere a quién puede conducir ciertos aspectos. Me parece que no puede soslayarse que algunos de ellos deben ser presididos por un médico psiquiatra, porque tiene que ser así dada la materia de la que se

trata. Es decir, no se puede decir un psiquiatra y/o un psicólogo o alguna otra disciplina que no fuera definida. Creo que hay ciertos roles que son exclusivos del psiquiatra.

Una segunda cuestión, también central...

Sra. Presidenta. - Discúlpeme, antes que dé comienzo a la segunda cuestión.

Olvidé decirlo pero, como son muchos temas, vamos a darle 10 minutos a cada orador.

Gracias.

Sr. Russo. - Una segunda cuestión, también central, es la atinente a las facultades del legislador nacional para abrogar la ley 22914; es decir, el artículo 39 del proyecto.

Esta ley fue sancionada por el Congreso nacional con vigencia en la Capital Federal. Se desprende de ello que se está en presencia de legislación local cuya derogación sería ahora privativa de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. No puede el Congreso de la Nación derogar la ley 22914. Artículo 39 del proyecto.

Dentro de las de las internaciones psiquiátricas hay un problema de larga data: el criterio de excluir o no al Poder Judicial de las mismas.

Estoy limitado en el tiempo, pero les quiero decir que en la antigüedad el poder administrador, es decir los médicos, en principio estaban facultados para disponer las órdenes de internación; pero en el año 1923 el Caso Duba de Moracich, que fue una verdadera bisagra dentro de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, aplicó dentro de ese mismo régimen de garantías que no existe otra autoridad competente para restringir la libertad de las personas que la de los jueces designados por la ley, y creo que esa norma es de la más rigurosa aplicación aún en este caso.

Quería decirles que uno de los profesores que más se ha dedicado a esto es el doctor Alejandro Morlchetti, quien en un artículo en el que comenta un fallo plenario habla de la jurisprudencia de la Corte Suprema y los derechos humanos en el ámbito de la salud mental. En la última cita de los fallos de la Corte, como lo afirmó esta misma Corte en el caso CELS, dice que a diferencia de las evaluaciones de políticas -cuestión claramente no judicial-, corresponde sin duda alguna al Poder Judicial de la Nación garantizar la eficiencia de los derechos y evitar que éstos sean vulnerados como objetivo fundamental y rector a la hora de administrar justicia y decidir las controversias.

Lo único que hace el Poder Judicial en su respectivo ámbito de competencia y con la prudencia debida en cada caso es tutelar los derechos e invalidar esa política sólo en la medida en que lesione estos derechos. Me parece que desconocer esta premisa sería equivalente a neutralizar cualquier eficacia de control de constitucionalidad.

No quiero excederme en el tiempo.

Sra. Presidenta. - Ya se ha cumplido su tiempo, doctor, pero si quiere redondear puede hacerlo.

Igualmente, quiero decirles a todos los ponentes que si han traído material por escrito les agradeceremos que nos lo dejen para hacérselo llegar a todos los senadores.

También quiero aclararle al público que se ha hecho presente -porque me dicen que hay muchas personas que están por el tema de la medicina prepaga- que si quieren pueden esperar un ratito en el Salón de las Provincias que está al lado, en donde tienen lugar para sentarse.

Ahora estamos tratando el tema de salud mental y luego pasaremos al de medicina prepaga. Les digo esto para que no estén parados. Les pido disculpas, pero los salones son pequeños.

Puede continuar, doctor.

Sr. Russo. - Voy a finalizar redondeando una conclusión.

En resumen, puede decirse entonces que el proyecto de ley se atribuye indebidamente facultades para abrogar la ley 22914 que sancionó el Congreso de la Nación actuando como legislador local e incursiona en aspectos particulares de la internación y de la externación que pueden considerarse facultades privativas de las provincias -modificaciones proyectadas a Título X, Sección Primera del Libro I del Código Civil- que, indudablemente, no mejoran el régimen vigente sino que en algunos casos lo empeoran y, en otros, manteniendo lo sustancial, el texto de los artículos omite reformas o modificaciones reclamadas por una doctrina mayoritaria o que son generalizadas en la legislación comparada.

Muchas gracias.

Sra. Presidenta. - Gracias, doctor Ruso.

Voy a invitar a hacer uso de la palabra al doctor Marcelo Torino, vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Bienvenido, doctor.

Sr. Torino. — Soy Marcelo Torino, vicedecano de la Facultad de Medicina. Tengo más de 50 años en relación con la Facultad, 45 años como médico y cerca de 30 como profesor.

En aras de la brevedad, voy a textualizar la exposición porque es un poco el resumen que la Facultad de Medicina me ha encargado hacer.

En nombre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, agradecemos junto al profesor Stagnaro —quien me acompaña en esta reunión, en tanto experto nombrado por nuestra casa de estudios ante el Congreso de la Nación—, la oportunidad que se nos otorga para asesorar en tan importante tema a los señores legisladores, y cumplir así con nuestro rol como Universidad al servicio de la sociedad. Estamos de acuerdo con el aspecto propuesto en los proyectos respecto a las garantías y cuidados de los Derechos Humanos de los pacientes con trastornos mentales graves, en tanto población particularmente vulnerable, pero dado que el tema en cuestión es de una extraordinaria importancia sanitaria, nos preocupa que la legislación que se adopte sea la más correcta y ajustada posible a la nomenclatura y a los conocimientos científicos actuales en la materia. Hemos estudiado detalladamente los proyectos de ley nacional de salud mental que están a consideración en esta Honorable Cámara.

Como es sabido, uno de ellos tiene sanción de la Cámara de Diputados. Tomaremos ese primer proyecto y haremos los correspondientes comentarios, comparando ciertos pasajes con el texto de los otros cinco proyectos que nos fueron enviados para estudio. Entre las variadas observaciones y acotaciones que hemos realizado, y dejaremos por escrito para la consideración de ustedes, deseamos —haciendo uso del limitado tiempo que se nos ha otorgado— señalar tres problemas mayores.

El primero está en relación al objeto de la ley. Dice el proyecto proveniente de la Cámara de Diputados en su Artículo 1º: "La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires".

Entendemos que el pasaje que reza: "...asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental...", adolece de dos sesgos e imprecisiones. En efecto, el derecho a la protección limita el alcance de la ley a la prevención de la salud mental, lo cual es, sin duda,

necesario, pero deja fuera del alcance de la misma lo referente al tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales una vez estos desencadenados y su rehabilitación, y reinserción social.

Por otro lado, la definición "padecimiento mental" tiene una carga polisémica que la vuelve muy imprecisa y permite ciertos deslizamientos de sentido inadecuados, y hasta peligrosos. Una persona que vive en condiciones precarias, de pobreza, marginación, carencias habitacionales y con cargas familiares que no puede sostener por estar sin trabajo tiene, sin lugar a dudas, un padecimiento mental, pero esto no debe conducir a un tratamiento por su salud mental, sino a una solución a su pobreza, que es la fuente de su sufrimiento.

Definido como está en el texto del proyecto de ley se corre el grave riesgo de "patologizar" las carencias sociales.

En ese sentido, es mucho más adecuada y precisa la manera en que aborda esta definición el proyecto de los senadores Cano, Rached y Monllau cuando aclara en su Artículo 1º: "Esta ley tiene por objeto brindar sustento jurídico a la promoción y protección de la salud mental de la población tanto en sentido sanitario general como individual, a partir de la prevención y la atención de los trastornos mentales"; aclarando en su Artículo 7º: "Las personas con trastornos mentales conforme con la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud". Este cambio asegura la correcta precisión del objeto de la ley, teniendo en cuenta que nuestro país se rige, para sus estadísticas y nomenclatura de salud, por esa clasificación de la OMS. También el proyecto de los senadores Cabanchik y Di Perna define correctamente el objeto de la ley en su Artículo 1, inciso a, cuando precisa que está dirigido a "...personas con trastornos de la salud mental..."

En segundo lugar, en varios artículos del proyecto elevado por la Cámara de Diputados, se alude a la terapéutica. Por ejemplo el Artículo 15 dice: "La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios...". La noción de "criterios terapéuticos interdisciplinarios" no existe en la nomenclatura médica. Piénsese en las consecuencias jurídicas para la garantía de salud de la persona y su derecho personalísimo a la vida lo que significaría, tratándose de un contrato de aplicación de medios con los profesionales de la salud, determinar que se han cumplido y agotado las indicaciones y medios de una terapéutica interdisciplinaria indefinible en sus contenidos.

El Artículo 12 reza: "La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales [...] Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios". Este Artículo —a nuestro criterio— desconoce aspectos básicos de la terapéutica psicofarmacológica.

¿Cuales son "las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental? ¿Qué es una necesidad fundamental? Los criterios de prescripción se basan en criterios clínicos y farmacológicos para lograr la mejoría, la remisión sintomática o la recuperación de los trastornos mentales, no para cubrir necesidades fundamentales, además indefinidas por este proyecto de ley. La prescripción de fármacos es un acto médico, no un acto interdisciplinario. Para todas las especialidades médicas, la prescripción de fármacos debe ser: racional, precisa, metódica, actualizada, informada, consentida y documentada en la historia clínica.

Asimismo, es obvio que si se utiliza cualquier fármaco, no solo psicofármacos, por fuera de sus indicaciones, el profesional médico podrá ser reprochado judicialmente por haberse apartado de sus obligaciones. Además, y en razón de las incumbencias, son los profesionales de la medicina los

autorizados a aplicar, prescribir, indicar y administrar fármacos, como así también son los únicos habilitados a no prescribir. Los médicos, y en particular los psiquiatras, son los únicos profesionales autorizados a prescribir y no prescribir psicofármacos. El resto de los integrantes del denominado “equipo interdisciplinario” no tiene incumbencias en este tema específico, dado que excede completamente los límites de sus respectivos títulos habilitantes.

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 predecir cuándo indicar o cuándo no indicar un fármaco. En todo caso —a nuestro juicio—, es mucho más preciso el Artículo 15 del proyecto presentado por los senadores Cabanchik y Di Perna cuando dice: “La administración de medicación psicofarmacológica por trastornos de la salud mental debe: a) Hacerse con ajuste a las reglas de su uso racional tal como lo indican las normas científicas consensuadas por los especialistas en el tema. [...]. c) Administrarse en forma conjunta con otros recursos terapéuticos distintos del de la medicación y que sean complementarios de aquel, salvo excepciones debidamente fundadas.

En tercer lugar, el proyecto proveniente de la Cámara de Diputados dice en su artículo 16 lo siguiente: “Toda disposición de internación, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra”.

Debemos dejar expresamente en claro aquí nuestro desacuerdo con esta opción que puede permitir la decisión de internación o externación sin la decisión médica. La internación es un acto fundamentalmente médico. En ella se plantea siempre, en grados variables, pero siempre, el diagnóstico médico diferencial entre enfermedades orgánicas (cerebrales o generales, tales como intoxicaciones, traumatismos craneanos, hemorragias intracranéales, neoplasias, trastornos endocrinológicos, cardiovasculares, etcétera) con repercusión en la conducta y enfermedades mentales denominadas “funcionales”, siendo solamente el médico psiquiatra el profesional capacitado para realizar ese diagnóstico. Como ejemplos palmarios tómanse las consultas por las extremadamente frecuentes crisis de pánico y su diagnóstico diferencial con el infarto agudo de miocardio, o la alta prevalencia de cuadros tóxicos por adicciones y alcoholismo. Como cabe la posibilidad de que la decisión que se tome implique riesgo de vida o daño para la persona que consulta, la participación sistemática y obligatoria en ella de médicos psiquiatras para indicar la internación o la externación de un paciente brinda mayores garantías de certeza y pertinencia de la medida que se adopte en beneficio del paciente y sus derechos humanos, siendo el principal de ellos su derecho a la vida.

Por otro lado, la internación es un acto médico está claramente establecido en las leyes que regulan el ejercicio profesional. La ley 17132, en su artículo 19 dice: “Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta, signifiquen peligro para sí mismas o para terceros”.

Sra. Presidenta. — Ha finalizado su tiempo, doctor.

Sr. Torino. — Entonces, voy a dejar el informe por escrito. Pero antes de finalizar, deseo señalar que lo que pretendemos que se apruebe como ley es el hecho de seguir discutiendo los distintos proyectos porque consideramos —por lo menos la Facultad de Medicina así lo

piensa— que seguir discutiendo puede imbricar armónicamente y conjugar criterios que definan más claramente la posición que lo que sería alguno de los proyectos por separado. (*Aplausos*)

Sra. Presidenta. — En el Senado no se admiten los aplausos. Tenemos que acatar la tradición parlamentaria y el Reglamento.

Tiene la palabra la licenciada Laura Pérez, presidenta de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional.

Sra. Pérez. — La Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales agradece la oportunidad de participar en este espacio democrático, donde esperamos que se identifiquen y valoren los puntos de acuerdo presentes en cada uno de los proyectos de ley puestos hoy en consideración, así como también los aspectos que generan disidencias o posiciones que hasta la fecha han cerrado el diálogo y perjudicaron toda oportunidad de debate cierto.

Esta oportunidad de debate sobre las disidencias existentes, a partir del análisis de los siete proyectos de ley, resulta indispensable para dotar de contenido a una ley de salud mental nacional que garantice una real transformación de la salud mental y alcance el consenso de los actores efectivos de la tarea asistencial, a las características locales, tanto en lo respectivo a las múltiples legislaciones provinciales en salud existentes desde hace años, como a sus respectivas organizaciones administrativas y carreras sanitarias.

Una ley sin contenido no es ley, sino que es una simple y engañosa declamación publicada en un boletín oficial sólo para tranquilizar conciencias y no para generar transformaciones. De esto tendríamos mucho que decir con relación a la experiencia que vivimos respecto de la ley 448 de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, la que se menciona en los fundamentos de varios de los proyectos.

Consideramos fundamental, con más de 50 años de experiencia en el país, plantear nuestra posición profesional, pues ni las organizaciones que nos nuclean, ni los directores y coordinadores de las carreras universitarias que forman nuestro recurso humano para este país tuvieron la oportunidad de participar en condiciones de paridad, como de igual modo les ha sucedido a las representaciones de otras profesiones del campo de la salud: psicopedagogía; enfermería; trabajo social, musicoterapia, entre otras.

Resulta paradójal que en los proyectos presentados se haga mención a los antecedentes que desde el año 1960 en adelante se realizaron para la transformación en la atención en Salud Mental y, sin embargo, no hubiera existido consulta ni pregunta a este grupo profesional por parte de los redactores de estos siete proyectos.

El recorrido profesional de la Terapia Ocupacional en Salud Mental estuvo presente en los siguientes antecedentes: en los años 60, en el Plan del doctor Mauricio Goldemberg para la ex Municipalidad de Buenos Aires a partir del que ingresaron los primeros terapistas ocupacionales; en la creación del primer Hospital de Día en el país y en América Latina en el Hospital Borda, a cargo del doctor García Badaracco; en la década del '70 en la Sala de Internación del Hospital General de Agudos, ex Aráoz Alfaro, a cargo del doctor Mauricio Goldemberg, que fue campo de formación de alumnos de terapia ocupacional y en su Hospital de Día; en los años 80, en la elaboración y puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental elaborado por los doctores Goldemberg, Grimsom y Vicente Galli, este último a cargo de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y actualmente en el diseño e implementación de dispositivos enunciados en la ley 448 de Salud Mental.

Como muestra irrefutable de la ausencia de consulta representativa y federal que distintos proyectos se arrojan es que encontramos que en los proyectos S-1273/10, en su

artículo 7, inciso o); S-1523/09, en su artículo 7, inciso q) y CD-60/09, en su artículo 7, inciso p), todos refieren “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.” Estos tres proyectos hacen mención de manera homónima a términos como “trabajo comunitario y laborterapia”, lo cual además de ser una evidente confusión, plantea el uso nuevamente de prácticas como la “laborterapia”, lo cual no se trata de una mera cuestión semántica, sino de un posicionamiento ideológico: la laborterapia fue una de las tantas prácticas de justificación que han sostenido y sostiene la perdurabilidad del manicomio y el asilo.

La laborterapia fue una invención que se necesitó en un determinado momento político de nuestro país al carecer de otro tipo de recurso humano, en un intento por parte del sector profesional para humanizar las condiciones de vida de las personas que no tenían otro final que morir dentro de las instituciones asilares, pero que además les daba el beneficio a estas instituciones del ahorro en gastos de personal al asignar tareas y actividades propias de los empleados a las personas internadas.

Nada es más errado que considerar que porque una persona realiza una tarea, impuesta o delegada por otro, recibe un tratamiento, sino por el contrario esto es un arrasamiento de su subjetividad, un atropello a sus derechos y se convierte en una práctica manicomial.

Lamentamos que aún perduren conceptos perimidos y absolutamente superados por la Terapia Ocupacional y la estrategia de rehabilitación psicosocial, dado que esto contribuye a generar confusión en la comunidad y facilita la asistencia a personas con padecimientos psíquicos por personas sin formación en el campo de la salud mental y sin la debida habilitación para ejercer.

Hoy resulta inadmisibile que conociendo y sabiendo acerca de cómo estas prácticas como tantas otras han servido para encubrir y justificar el asilo y el manicomio, que estos proyectos que dicen proteger y promover los derechos humanos las enuncien desconociendo justamente los derechos humanos más básicos, consagrados en nuestra Constitución Nacional.

Reconocemos la necesidad de una ley marco de salud mental cuya modalidad para su redacción sea el intercambio, la pluralidad de ideas, la participación de todos los actores involucrados y especialmente la inclusión de todas las profesiones del campo de la salud que fueron omitidas.

Coincidimos que esta ley marco de salud mental deberá sustentarse en el trabajo diario de cada uno de nosotros en pos del respeto y resguardo de los derechos humanos de todas y todos, incluidos los derechos de quienes cuidamos, atendemos y acompañamos a las personas con padecimientos, trastornos y enfermedades psíquicas y mentales, para ello hay que incluir y no separar.

Esta ley marco de salud mental requerirá en la práctica del trabajo interdisciplinario por lo cual pretender conformarlos a partir de la omisión o la exclusión de su participación en la elaboración de esta ley marco, se convertirá en un obstáculo en el trabajo cotidiano a la hora de acordar criterios y estrategias de internación, tratamiento, externación, entre otras.

Si efectivamente se busca impulsar la transformación en la atención en base a la promoción, prevención y estrategias comunitarias, además de lo ya señalado, deberá acompañarse de la provisión de los recursos de infraestructura, humanos y materiales necesarios de acuerdo a las diversas realidades de cada lugar.

Sin estos dos puntos centrales, inclusión y participación en la elaboración de una ley marco de salud mental, que involucre también a todos los grupos profesionales que

conformarán en la práctica los equipos interdisciplinarios cuya base sea el reconocimiento de los derechos humanos de la totalidad de los intervinientes e inclusive del personal de salud, y la provisión de todos los recursos necesarios para la materialización de un sistema de atención en salud mental en el territorio, no habrá un auténtico proceso de cambio de las instituciones públicas, de la seguridad social y privadas, sino un parche que responderá seguramente a otros intereses.

Sra. Presidenta. — Ya se cumplió su tiempo de exposición, licenciada.

Sra. Pérez. — Como Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales no aceptamos el uso de términos obsoletos y perimidos que encubren una ideología asilar.

Repudiamos toda pretensión hegemónica, provenga de la disciplina o sector de interés que sea, que se enmascare detrás de un discurso de reconocimiento de derechos humanos, y que concretamente vaya en desmedro del derecho y calidad de atención de quienes necesitan de nuestros servicios.

Finalmente, rechazamos la pretensión de subsanar las falencias y omisiones reconocidas por diversos sectores, a través de un decreto reglamentario que en términos jurídicos sólo es un decreto reglamentario que en términos jurídicos sólo es un facilitador de la ley, a la que no puede ni debe contradecir en su espíritu y por tanto no podrá enmendar el uso de términos confusos, contradictorios o retrógrados que presenta los proyectos de ley antes mencionados.

Sra. Presidenta. — Gracias, licenciada. Le agradeceremos que nos deje el material.

Invito a hacer uso de la palabra al señor presidente de la Asociación de Psiquiatras de América Latina, doctor Alfredo Cía.

Sr. Cía. — Buenas tardes a todos. Muchas gracias por permitirme participar en esta importante reunión.

En nombre de la Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL), que como profesional argentino y miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos me toca presidir en el próximo período, quiero agradecer la oportunidad que me otorgan para expresar ante estas Comisiones nuestra opinión.

La legislación que están elaborando reviste una importancia fundamental en el concierto de la Salud Pública. Esto es válido a nivel mundial y lo es particularmente en nuestro continente y en la Argentina.

Además de las fructíferas experiencias de cambio en el curso de nuestro país, como la paradigmática que se lleva en la provincia de San Luis, todos los estándares internacionales indican que la asistencia en psiquiatría y Salud Mental debe incluir una transformación de las instituciones hospitalares y una resuelta implantación en la comunidad, tanto sea en el nivel de la prevención, como en el de la asistencia, en niveles de complejidad reciente y en la rehabilitación. Muchos son los intentos en este sentido en la historia nacional y en el espacio internacional, las cuales nos permiten hoy sacar conclusiones para no tropezar con obstáculos ya conocidos y no caer en errores sufridos en diversos intentos de reformas en el área de Salud Mental. Un ejemplo de ello lo constituye la implementada en Brasil, que ha arrojado resultados muy distantes de las esperanzas de quienes impusieron hace nueve años una legislación similar a la que hoy propone el proyecto que tiene media sanción de la Cámara de Diputados.

Por otra parte, los invito a consultar el documento publicado este año por la Asociación Mundial de Psiquiatría: “Guía sobre los pasos, obstáculos y errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria”, publicado en la revista de esta Asociación en septiembre de este año. Esta valiosa guía fue producida por diversos expertos

internacionales cuya mayoría pertenece a países de ingresos medianos y bajos como el nuestro, por lo cual sus recomendaciones son de particular pertinencia para nuestra realidad.

Esas recomendaciones hacen hincapié en la necesidad de basar las legislaciones y planes en la normativa sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y, simultáneamente, en datos científicos, despojando el debate de la carga surgida de a priori ideológicos. Por ello es que se vuelve imprescindible encontrar las mejores fórmulas para expresar las leyes que rijan el sector. Por ello es que se vuelve imprescindible encontrar las mejores fórmulas para expresar las leyes que rijan al sector.

Señalamos esto porque, más allá de las buenas intenciones, es imprescindible respetar una planificación sanitaria respetuosa de la realidad de cada país y región, para evitar saltos al vacío o dejar la legislación como letra muerta. Aunque son muchos los aportes que podrían hacerse me voy a restringir en el espacio que me han permitido, a comentar algunos de los puntos centrales y urgentes a considerar en la ley que convoca esta reunión. Partiendo de la realidad sanitaria más generalizada hoy en el conjunto de nuestro país, contamos, en lo que hace a la asistencia institucional hospitalaria pública, con hospitales monovalentes y servicios de Salud Mental en hospitales generales. Los primeros son los que ofrecen el grueso de la asistencia. A la inversa de lo que propone el artículo 27 del proyecto con media sanción de Diputados cuando propone el cierre definitivo de las instituciones monovalentes, la experiencia internacional más sólida en el área aconseja la transformación gradual de los hospitales monovalentes, para dotarlos de recursos que sean modernos, de giro de cama rápido, para cubrir la alta complejidad requerida para la hospitalización de crisis psiquiátrico-psicológicas severas, mientras que los servicios de Salud Mental en hospitales generales tienen sus indicaciones propias para necesidades de internación y asistencia ambulatoria.

Uno de los peligros, no infrecuentes, es que se clausuren los servicios hospitalarios monovalentes sin alternativas sustentables en la red asistencial. El traslado de los pacientes de un hospital psiquiátrico público muy visible, que pretende cerrarse, a centros privados invisibles —y no controlados— ha sido una modalidad infortunadamente conocida. Muchos otros pacientes, según se comunica insistentemente en la bibliografía acaban en la calle o en alguna prisión. Esto ha sido expresado recientemente por el presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Diversos estudios latinoamericanos han demostrado que sólo una de cada ocho personas de las que sufren problemas mentales llega a ser adecuadamente diagnosticada y asistida. Se vuelve por ello cada vez más importante la plena integración de la asistencia psiquiátrica a la atención primaria de la salud, para incrementar el acceso a una gran mayoría de pacientes que quedan sin atender. Es necesario capacitar al personal sanitario general en destrezas básicas para la asistencia psiquiátrica, como son la detección de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, la prestación de cuidados básicos y la derivación aquellos pacientes con problemas más complejos a la asistencia especializada, para acceder con ello a un segundo nivel asistencial.

Nosotros insistimos en la defensa del hospital público y en el concepto de una transformación integral de la asistencia en salud mental que se oponga terminantemente a la institucionalización de las personas, como lo define el proyecto de los senadores Rodríguez Saá y Negre de Alonso. Sin hospital público, los sectores sociales más desfavorecidos de nuestros compatriotas se verían privados del derecho a su salud. La necesaria transformación institucional en Salud Mental requiere de la diversificación de la oferta de tratamientos con resguardo de los niveles de complejidad. No se debe pensar que el cierre de los dispositivos

monovalentes existentes eliminará los problemas asociados a las carencias en la atención, que por otro lado no son privativos del sector Salud Mental, más allá de los ingentes esfuerzos que ponen en la tarea los profesionales que trabajan en ellos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y trabajadores no profesionales del sector.

Es una falacia confundir los espacios físicos con los valores que sustentan las prácticas cotidianas.

El proyecto aprobado por la Cámara de Diputados y que se encuentra entre los demás proyectos en discusión en esta Cámara restringiendo la gama de recursos necesarios dice en su artículo 28: “Las internaciones en salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto, los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención del paciente, ya sea ambulatorio o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental será considerado un acto discriminatorio en los términos de la ley 23392.”

No podemos menos que hacer una lógica objeción a este texto. Es de público conocimiento que actualmente los hospitales generales -y este es un proyecto que pretende la adhesión de las provincias de todo el país- no cuentan con las camas de internación necesarias, y en muchos casos directamente con los servicios especializados en salud mental como para cumplir con lo ordenado por este artículo y que están lejos de poder hacerlo en el corto y mediano plazo.

Téngase en cuenta además, y esto es de importancia determinante, que al no especificarse en este proyecto a partir de cuándo se aplica este artículo queda establecido que es a partir de la promulgación de la ley, lo cual es prácticamente imposible.

Si nos atenemos al texto, cualquier internación en institución monovalente sería ilegal, y la no internación en caso de que esta sea necesaria sería incurrir en abandono de persona o no asistencia a persona en peligro. La consecuencia sería negarle el recurso de internación necesario a muchos pacientes con riesgo para sí o terceros y generar un conflicto legal inextricable.

En este sentido, es recomendable la manera en que el proyecto de los senadores Cabanchik y Di Perna plantea en los artículos de su Capítulo VIII -Reestructuración de las instituciones y servicios de internación para personas con trastornos de la salud mental- el equilibrio entre los servicios monovalentes y los de los hospitales generales y los recursos intermedios de la comunidad, o el razonable plazo de 5 años para dar lugar a todas las adaptaciones necesarias a fin de terminar con la institucionalización de personas -proyectos de los senadores Rodríguez Saá y Negre de Alonso, y Cano, Rached y Monllau-.

La transformación asistencial que propugnamos exige una correcta e integral tarea de rehabilitación psico-social y la inclusión social de personas con trastornos mentales.

Para terminar, recordamos el lugar fundamental que deben tener en la legislación el prever y poder concretar relevamientos epidemiológicos y poblacionales en salud mental para poder conocer la morbilidad y la carga global de diferentes enfermedades y efectuar una adecuada planificación sanitaria y la previsión adecuada de financiación para ello. En este sentido, nos parece muy adecuada la perceptiva del proyecto de los senadores Cabanchik y Di Perna en sus artículos 45 a 47.

La transformación del sistema de salud mental es un hecho que compromete a la sociedad toda que requiere una construcción colectiva en que todos los sectores profesionales de la salud sin exclusiones, los estamentos judiciales, las agrupaciones de pacientes y sus familias y los estamentos del Estado deben consensuar efectivamente junto a nuestros

legisladores las leyes que nos rijan sin apresurarse, pensando en los próximos años, en los que debemos trabajar todos juntos en la difícil tarea de lograr una legislación en el área que sea más equitativa, justa e inclusiva.

Muchas gracias.

Sra. Presidenta. - Muchas gracias, doctor.

Voy a invitar a hacer uso de la palabra al representante de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires, al académico doctor José Tobías.

Buenas tardes, doctor. Bienvenido.

Sr. Tobías. - Señores miembros de la comisión: en nombre de la Academia agradezco la invitación para participar de esta reunión.

Debo decir, sin embargo, que la invitación llegó recién el viernes pasado y que yo tomé conocimiento de mi designación como representante esta mañana, de modo que he tenido pocas horas para analizar los proyectos. Por lo tanto, mis reflexiones están considerablemente limitadas por un problema de seriedad a las escasas horas que he tenido para analizar los proyectos.

Por este motivo me ha parecido prudente limitarme a cuatro o cinco cuestiones vinculadas con las propuestas de reforma a normas de fondo que me parecen de algún interés.

El proyecto sancionado por la Cámara de Diputados que viene en revisión al Senado y algunos otros proyectos propician la derogación de la ley 22914. Esta ley es aplicable únicamente en la Capital Federal, el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y fue sancionado por el Congreso nacional conforme a los incisos 14 y 27 del artículo 67 del texto de la Constitución anterior a la reforma de 1994.

Si bien es un tema propio de constitucionalistas y mi especialidad es el Derecho Civil, me he planteado el interrogante si dicha norma, que tiene vigencia exclusivamente en los ámbitos geográficos para los que fue designada por el Congreso nacional, debe tener vigencia hasta tanto no sea modificada por las legislaturas locales o si, en cambio, la facultad de derogación es propia del Congreso nacional, como lo propician algunos proyectos.

El proyecto de la Cámara de Diputados que viene en revisión y el de los senadores Díaz y Martínez propician un agregado al artículo 152 del Código Civil como artículo 152ter.

El texto que se propone se enrola en la loable tendencia de recientes reformas a códigos civiles muy ligados a la tradición jurídica argentina, como la ley francesa de 1968 o modificaciones al Código Civil español...

Sra. Presidenta. - Discúlpeme, doctor. ¿Se puede acercar el micrófono, por favor? Si no los señores taquígrafos no lo escuchan.

Sr. Tobías. - Cómo no.

Digamos, se enrola en modificación recientes de códigos europeos muy ligados a la tradición jurídica argentina y que son propiciados por una importante doctrina argentina.

Estas corrientes ponen en crisis el dogma de la correlación absoluta entre enfermedad mental y ausencia de discernimiento y, como corolario, el de otro crisis consiguiente a aquella: la del dogma de la incapacidad absoluta del interdicto.

Estas corrientes modificatorias son corolario de los avances del conocimiento de las enfermedades mentales, que entre otras cosas indican el poliformismo con que ellas se presentan, las posibilidades de las nuevas drogas y fármacos que han mejorado notoriamente el pronóstico y el de que la reinserción en el ámbito social, laboral y familiar es un elemento significativo para el éxito de muchos tratamientos.

En consonancia con ello, la reforma al Código Civil propicia que las declaraciones de

interdicción e inhabilitación especifiquen las funciones y actos que se limitan procurando la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

Sobre este texto proyectado se me ocurren las siguientes reflexiones.

La facultad del tribunal de especificar las funciones y actos que se limitan requeriría ser complementada con la modificación de otros artículos del Código Civil que resultarían manifiestamente incompatible con la nueva redacción.

Así, por ejemplo, el Artículo 54 del Código Civil establece la incapacidad absoluta de obrar del interdicto contrariando el alcance de esta propuesta. En segundo lugar, es manifiesta la importancia que este texto atribuye al examen de facultativos. La declaración judicial, según la propuesta, debe fundarse en un examen de facultativos conformados por evaluaciones interdisciplinarias. Ello supone que el tribunal no podría rechazar la denuncia de inhabilitación o de interdicción, si la pericia estableciera que concurren los presupuestos para declarar la incapacidad por alguno de estos regímenes y, a la inversa, que no podría declararse la interdicción o la inhabilitación si la pericia estableciera que no concurren los presupuestos para cualquiera de los regímenes.

El criterio no es el del régimen actual, según la interpretación doctrinaria mayoritaria que impone la necesidad de la pericia como garantía para el denunciado, pero manteniendo el criterio de la libre apreciación judicial. La solución que estos proyectos propician importan — a mi juicio— una vuelta al sistema de las pruebas legales, alterando el principio de la sana crítica judicial y sustituyendo el criterio de los magistrados por el criterio de los peritos.

En esta misma propuesta, se propicia la incorporación de un régimen flexible y graduable que podría mejorarse si se tiene en cuenta que en el régimen argentino coexisten dos institutos: la interdicción y la inhabilitación. Uno de ellos contempla causales más graves que el otro, y que de ellos debieran resultar consecuencias de mayor entidad en materia de restricciones a la capacidad de obrar.

La interdicción consagra un sistema de incapacidad genérica modificable por un sistema de representación, sin perjuicio de las facultades que debería tener el tribunal de especificar los actos que el incapaz no pueda realizar por sí o con asistencia del curador. La inhabilitación, en cambio, es un sistema de capacidad genérica con la excepción de los actos que el tribunal establezca que requieren asistencia o permiten al tribunal otorgar al curador facultad de representación. Del segundo párrafo del texto proyectado, se infiere que cualquiera sea el régimen, en la declaración judicial se debe especificar las funciones y actos que se limitan, lo que significa que no existiría diferencias sustanciales entre la interdicción y la inhabilitación, pues en ambos habría un sistema de capacidad genérica que no haría justificable dos regímenes y que, por lo demás, contraría otras disposiciones del Código Civil, en especial el Artículo 54.

Finalmente, un sistema flexible y graduable como el que se propicia, solo puede ser eficazmente implementado con un adecuado sistema de publicidad de las respectivas resoluciones judiciales que, cuya restricción en la capacidad, varían según las circunstancias de cada caso. Ello es necesario para resguardar la seguridad del tráfico negocial, de modo que los terceros estén en condiciones de conocer la extensión y límites de la restricción a la capacidad.

En el sistema actual, estas resoluciones judiciales no pueden invocarse contra terceros sino desde la fecha de la inscripción al Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas. La inscripción registral de las sentencias, como es sabido, funciona en tanto registros como provincias hay con una ausencia de un sistema centralizador de sus datos. El sistema que se propone, por lo tanto, requeriría consagrar simultáneamente un sistema descentralizador de los

datos de registros provinciales o en la necesidad de la anotación de la existencia de la declaración judicial en la partida de nacimiento, como lo prevé el proyecto de reformas del Código Civil de 1998.

Sra. Presidenta. — Le agradezco mucho y quiero aclarar que la Academia Nacional de Derecho recibió la invitación el día 15 de noviembre. Se les debe haber extraviado, probablemente, porque aquí está la constancia.

Tiene la palabra el presidente de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, APBA, el licenciado Carlos Saavedra.

Sr. Saavedra. — Agradezco la invitación.

Recordaba que, hace exactamente un año, asistí a este mismo lugar en representación de FEPPRA y fui el único psicólogo en esa reunión, y por ahora vengo en la misma línea, aparentemente.

La situación ha cambiado sustancialmente este año. Se han expedido públicamente en defensa del mismo proyecto, que es el aprobado por unanimidad en la Cámara de Diputados, las asociaciones de familiares, la OMS, médicos del mundo, CELS, las unidades académicas de psicología nacionales y latinoamericanas, Fepra, la Secretaría de Derechos Humanos, el Inadi, es decir, innumerables organizaciones que han sintonizado la misma idea y construido el consenso que ha permitido esa aprobación por unanimidad.

Quiero tocar dos o tres puntos. El primero tiene que ver con la interdisciplina. Traje una cita de un psiquiatra español, Federico Menéndez Osorio, de notable actividad en la reforma psiquiátrica española que dice que interdisciplina no es una suma de saberes, un conglomerado de actuaciones, sino la interacción e intersección de los conocimientos en la producción de un nuevo saber. También implica la responsabilidad del equipo que lleve el peso de la atención cuyas prioridades vendrán determinadas por las necesidades asistenciales y la problemática del caso por caso en cada momento y según la evolución del cuadro.

Este proyecto incorpora alguno de los principios de las Naciones Unidas para la protección de enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención en la salud mental. Esto se indica en el Artículo 2°.

El Artículo 12 transcribe casi literalmente el principio diez: “La medicación responderá las necesidades fundamentales de salud del paciente y solo se administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico, nunca como castigo para conveniencia de terceros, la OMS”. Continúa diciendo que debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios. Acá la palabra clave es “en el marco”, dado que un abordaje interdisciplinario es mucho más amplio e integral que toda práctica disciplinaria. En este caso, prescribir medicamentos es una de las intervenciones posibles y de estricta incumbencia médica.

A propósito de la internación, que también se decide en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios, se la considera un recurso restrictivo de última instancia. La palabra “restrictivo” tiene que ver con que es restrictivo de la libertad cuando se han agotado las demás opciones. La internación debe ser lo más breve posible y deberá ir refrendada por dos profesionales, uno de los cuales deberá ser médico o psicólogo.

Aquí cito la Resolución 343/09, del Ministerio de Educación de la Nación, que completa la gestión iniciada en 2004, momento en que los títulos de psicólogos y licenciados en psicología fueron declarados de interés público. El Anexo V de esa resolución establece, entre las actividades reservadas al título, realizar indicaciones psicoterapéuticas de internación

y externación de personas por causas psicológicas, indicar licencias y/o justificar ausencias por causas psicológicas.

El proyecto que apoyamos prohíbe la creación de nuevas instituciones de internación monovalente. Aquí me permito una pequeña corrección. Recién escuché que indicaba el cierre de las instituciones. El Artículo 27 establece que prohíbe la creación de nuevas instituciones de internación monovalentes en los ámbitos públicos y privados. Las existentes deberán adaptarse o ser sustituidas, lo que en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma de los derechos adquiridos de los mismos. Las internaciones deberán realizarse en hospitales generales a cuyo fin deberán contar con los recursos necesarios —Artículos 27 y 28—. Estos recursos provendrán de la inclusión progresiva por parte del Ejecutivo en los proyectos de presupuesto en un plazo no mayor a 3 años —o sea, lleva tiempo el proceso—, de un incremento en las partidas destinadas a la salud mental, hasta alcanzar el diez por ciento del presupuesto total en salud, que en el Presupuesto 2010 alcanzó los 10.160 millones de pesos.

En cuanto a la dirección de servicios e instituciones, ningún tipo profesional habilita *per se* a ocupar esos cargos; de hecho también entre las actividades reservadas al título, mencionadas anteriormente, se incluye dirigir, participar, auditar, servicios e instituciones públicas y privadas.

Tal como lo indica el artículo 13 de la norma, más allá de que esto esté indicado en las actividades reservadas al título, lo que realmente hace que un profesional pueda acceder a un cargo de conducción es su idoneidad para el mismo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Esto vale para quien se postule, formando parte del equipo interdisciplinario e independientemente de su título de grado.

Pensaba en la gravedad que implica una mala indicación; un medicamento mal indicado puede matar, un medicamento mal administrado puede matar, una palabra puede matar y también un informe ambiental que haga que a alguien le retiren sus hijos puede matar. Este es el desafío que debe enfrentar cada día, por ejemplo, el director nacional de Salud Mental y Adicciones, licenciado en Psicología, Yago Di Nella, quien desde el Poder Ejecutivo debería diseñar, implementar y controlar el plan de salud mental.

Otros principios que se reflejan en el proyecto que apoyamos son los siguientes: el consentimiento informado, el abandono de la internación voluntaria por decisión de la persona internada, la designación del defensor y, por último, lo concerniente al órgano de revisión. Aquí no tengo ninguna intención de competir en conocimiento con los juristas, solamente sostengo la importancia de que haya un órgano judicial u otro independiente, como en el caso de esta ley, —esto forma parte de los principios de la ONU— e imparcial, establecido por la legislación nacional, que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la misma. Deseo dejar en claro que estos principios no están incorporados en la Constitución del '94, no tienen rango constitucional, pero sí la ONU instó a los países miembros a adaptar su legislación a los mismos. En este sentido avanza el proyecto que apoyamos.

Sra. Presidenta. — Invito a hacer uso de la palabra al señor Jorge Gilardi, presidente de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.

Sr. Gilardi. — En primer lugar, deseo agradecerles por la invitación.

La Asociación de Médicos Municipales nuclea a los 10.500 médicos de los 33 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y tiene 20 mil afiliados más a través de una de sus aristas, que es la responsabilidad profesional en el país.

Tengo también inclinación por lo que es el trabajo en salud pública. Soy el director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA y profesor titular de la

misma. Así que voy a tratar de congeniar y de elaborar un criterio respecto de lo que nos han dicho nuestros colegas, teniendo en cuenta no sólo lo que uno ha tratado de ver, sino también el camino que uno ha recorrido a través de la salud pública.

Nuestro primer concepto se refiere a que el paciente necesita una ley, sin ningún lugar a dudas, la ley de Salud Mental y, —reitero— sin ningún lugar a dudas, debemos seguir haciendo lo que hacemos los médicos y los profesionales de la salud desde hace tantísimos años: defender los derechos humanos de los pacientes. Pero esto tiene que ser aplicable porque, de lo contrario, no tiene ninguna utilidad.

Escuchaba recién como, minuciosamente, había que explicar lo que quería decir la norma. La verdad es que será muy difícil llevar esto al campo del “todos los días”. Nosotros trabajamos en el “todos los días”; el paciente trabaja y vive en el “todos los días”. Y cuando hay que aplicar y explicar demasiado o aprobar cosas para la biblioteca y no para los pacientes, nos estamos equivocando.

Si hay que reglamentar una ley para traducirla al castellano y para que la sientan los pacientes en la asistencia de todos los días, esa norma merece un debate distinto. Ése es el debate que debimos dar en la Cámara de Diputados, pero nosotros no estuvimos hace un año en ningún otro lugar que no sea aquí; solamente fue aquí el lugar donde nuestros amigos han trabajado permanentemente en la Comisión de Salud. Qué bueno hubiera sido —lo decía la licenciada también hace muy poco desde su lugar, lo decimos los médicos y seguramente lo deben decir muchos— que esta ley mereciera un debate distinto en la Cámara de Diputados. ¿Saben para quién hubiera sido bueno? Para los pacientes.

Deseo mencionar tres o cuatro puntos que técnicamente han sido explicados, seguramente mejor que lo que voy a poder hacer yo, pero también es nuestra interpretación sobre el tema. Lo concerniente a la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos, ¿es necesaria? Todos necesitamos transformar y adaptar los sistemas de salud en el día a día. No hay cosa más dinámica que la asistencia de la salud y la asistencia de la enfermedad. Menciono la enfermedad porque está muy bien lo de la promoción y la prevención, pero esta ley parece estar hecha para asistir a la salud y no a la enfermedad, que existe.

Entonces, dentro de esos baches encontramos lo siguiente: se dice que no habla del cierre, sino de la transformación y de que no pueden ser sustituidos; “dos más dos son cuatro”, es el cierre. Es el cierre de aquellos hospitales en los que en algún momento se quiso hacer un *triage* y que tienen un altísimo contenido social. ¿O acaso los colegas, amigos de los hospitales neuropsiquiátricos, no han tenido que luchar contra ese *triage* cuando no sabían adónde poder derivar a esos pacientes que cuidaron durante 30 años? Por supuesto que hay que transformarlo y *aggiornarlo*, esto y todo, pero para eso se necesita no sólo esa relación médico-paciente en el tiempo, sino también muchas otras cosas que deberían estar escritas en el fundamento de la ley y que no lo están.

Fue bueno lo que señaló una de las oradoras respecto de que la reglamentación tiene que estar dentro del espíritu de la ley. Pensamos que esta ley pueda modificarse en una reglamentación.

Se escuchan muchos ejemplos sobre los pacientes y lo que se hizo en Italia, en una provincia del Sur, en España, etcétera. Ahora bien, ¿saben dónde están esos pacientes? Aquellos pacientes que no pueden estar en un hospital público están en un geriátrico. ¿Y saben dónde están aquellos que tienen un bolsillo pobre? Debajo de un puente. Entonces, esto es lo que tenemos que hacer, no para la biblioteca, sí para los pacientes.

Amigos: deseo mencionar la palabra “medicalización”. ¿Cómo no vamos a creer los

médicos y profesionales de la salud que la palabra cura? Con concepto, criterio, relación médico-paciente, un buen oído y comprensión. Cuando nos toca ser médicos, ayudamos y cuando nos toca ser pacientes, eso ayuda. Pero también suponer que la medicalización pase a ser casi una herejía es un error. ¿Adónde va a ir aquel psicótico que merece ser medicalizado? ¿O acaso estamos dudando del criterio de los médicos y los profesionales de la salud que han enriquecido año tras año este país? No, por favor; eso no lo podemos permitir. Hay que tratar la salud, pero también hay que tratar la enfermedad; ni que hablar de los problemas constitucionales que muy bien han señalado los juristas aquí, y las incumbencias. ¿Saben quién defiende a muerte las incumbencias? La Asociación de Médicos Municipales, porque defendemos la multidisciplina. Y sin incumbencias no hay multidisciplina. Eso quiere decir lo siguiente: cada uno en su lugar dentro de la multidisciplina, para trabajar en función del eje central de cualquier sistema o cualquier política pública de salud y Estado, que es el paciente. Para eso hay que defender las incumbencias. Sin embargo, defender las incumbencias no es avanzar sobre las de los demás, sino que es respetar cada uno para lo cual nos hemos formado en función del paciente.

Leí un artículo en uno de los matutinos del día de hoy —lo tengo en mi bolsillo— (*exhibe el artículo a los presentes*), que decía que hoy aquí se tratarían dos leyes. Respecto de la última, que es ésta, el párrafo final expresa: “...pero esta ley no cuenta con el apoyo de aquellos que representan a la Psiquiatría”. ¿A quién se le podría ocurrir hacer una ley para modificar cómo vuelan los aviones sin consultar a los pilotos? En la Cámara de Diputados no fuimos consultados.

Uno ha notado quiénes están aquí y quiénes están pidiendo modificaciones, no a la ley, sino que se busca debatir esta iniciativa. Por eso, menciono lo siguiente: la Federación Médica Gremial de la Capital Federal, la Asociación de Médicos Municipales, la Asociación Argentina de Psiquiatras, la Asociación de Psiquiatras Argentinos, la Asociación Gremial de Psiquiatras, el Decanato de la Facultad de Medicina, los terapeutas ocupacionales, los representantes de la Justicia, la Asociación de Psiquiatras de América Latina, la Academia Nacional de Derechos Sociales, etcétera. Todos quieren seguir debatiendo. Quizás, habría que seguir debatiendo.

Tal vez lo escrito sea insuficiente. Si no, ¿saben lo qué nos va a pasar? Será una ley hecha para la biblioteca. La Ley 448 del GCBA tiene muchísimos puntos a favor, sin embargo hay dos o tres que trabaron esa ley, que no se consensuaron en el momento oportuno. Once años de haber sido votada la ley y once años de inaplicabilidad de la misma. Eso es lo que no queremos.

En resumen, desde la Asociación de Médicos Municipales y la Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA, señores senadores, queremos seguir debatiendo el tema, se lo merece. Hagamos una ley para los pacientes y no para la biblioteca, por favor.

Sra. Presidenta. — Gracias, doctor.

A continuación, hará uso de la palabra el doctor Ricardo Grimson y luego escucharemos a la doctora Kordon.

El doctor Grimson es médico psiquiatra, ex secretario de la SEDRONAR en el período 2003-2004 y presidente de la Fundación de Prevención Social.

Sr. Grimson. — Gracias.

He sido funcionario de salud mental más o menos durante la mitad de mi carrera y algunos de mis grandes amigos, con lo que he discutido, debatido y nos hemos puesto de acuerdo, están aquí.

Considero que esta propuesta de ley es incompleta, inexacta, imprecisa y arbitraria.

Parece mentira que se haya consultado a varios expertos, porque estaríamos hablando muy mal de ellos. Su propia redacción es confusa, algunas de esas confusiones han sido mencionadas y otras están ahí.

Por otra parte, tiene una visión muy particular del psiquiatra, como una persona mala a la que hay que enseñarle los derechos humanos porque los pacientes son su víctima, y yo no coincido con eso. Nunca les enseñé derechos humanos a los pacientes, pero en Lomas de Zamora, donde me tocó actuar, les di de comer con cuchillo y tenedor porque comían con sus manos montones de comida que estaban sobre sus mesas. Además, dispuse que tuvieran relojes en las habitaciones e hice colocar espejos en los baños, porque se acusa al enfermo mental de tener desorientación temporop espacial, ¿cómo no la va a tener si le sacamos los relojes, los calendarios y no le decimos dónde está?

Además, Goffman explicó mucho sobre los asilos que no necesitamos replicar. Nuestro país anduvo a las andanzas, porque tenemos la psiquiatría de asilo o de hospicio o de hospital psiquiátrico, la psiquiatría de hospital general poco desarrollada y la psiquiatría comunitaria. Se trata de una especie de tubos que están uno dentro de otro; es decir, ninguno domina porque tenemos un poco de cada uno. En parte, influyó la decisión de Raúl Carrera, que propuso en 1956 la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, una ejemplar decisión, que puso toda la psiquiatría argentina institucional bajo el comando de una sola institución que manejaba los presupuestos. Eso llegó hasta los tiempos en que Galli tuvo que hacerse cargo de la Dirección de Salud Mental, donde no estaba tan centralizada la cosa pero se permitía todavía que todas las direcciones provinciales fueran convocadas en cursos de capacitación. En lo institucional, importa ponerse de acuerdo con las ideas. Si los psiquiatras no nos ponemos de acuerdo en las ideas, mal andamos.

Asimismo, hay una obvia desmemoria de algunas cosas. Por ejemplo, en todo el texto no se utiliza el término comunidad terapéutica y aun cuando se habla de las adicciones tampoco se las menciona. En el caso de las adicciones, las comunidades terapéuticas representan 4.500 camas contra un vago centenar de cama de los poderes públicos. Esas 4.500 camas están en riesgo por esta ley, porque hay una animadversión hacia las comunidades terapéuticas que se manifiesta claramente en el campo de esta ley. Además, las comunidades terapéuticas en adicciones fueron borradas del mapa por Calabrese, aunque todavía intentan sobrevivir.

Fíjense, en el Ejecutivo tenemos una confusión interesante. Hay dos organismos de políticas en adicciones y como la ley entra en eso los puede mencionar. La SEDRONAR es un ejemplo internacional de integración de esfuerzos, nos imitan y nos emulan todos los países de Latinoamérica. Nos imitó Estados Unidos creando la oficina nacional de drogas que no se llama SEDRONAR porque sería un exceso, pero se llama Oficina Nacional de Políticas de Control de Drogas y radica en el *west wing* de la Casa Blanca.

Bueno, dejamos atrás la psiquiatría de Kraepelin y pasamos la psiquiatría de hospital, que fue inaugurada nada menos que por Mauricio Goldemberg y ahí nos formamos muchos de nosotros e hicimos nuestras primeras armas y trabajamos. Otros, después, fueron a trabajar en los pocos centros de salud mental que derivaron de la Ley de Salud Mental de los Estados Unidos muy impulsada por el presidente Kennedy, que había tenido un episodio trágico en su vida. Su hermana tenía un 10 de por ciento de déficit mental y su padre recurrió a un psiquiatra y le produjo una lobotomía, en consecuencia, quedó dañada de por vida. Esa no es la psiquiatría que queremos.

Kennedy hizo una reflexión y dio lugar a una importantísima ley de centros de salud

mental por la cual se crearon centros que no son como los nuestros, porque le agregan entre treinta y cincuenta camas de internación en cada unidad. Como hay doscientos centros en los Estados Unidos, permitieron el desplazamiento del hospital psiquiátrico al centro de salud mental, pero con algunos déficits.

Como bien señalaron algunos que me precedieron en el uso de la palabra, los pacientes que salieron a la calle fueron abandonados por el sistema público y produjeron el fenómeno de los *homeless* o sin casa, que dormían bajo los puentes y cuando tenían un poco de viveza se iban al Waldorf Astoria, ustedes se preguntaran por qué, porque había grandes sillones de tres cuerpos y la orden judicial demoraba seis horas en expulsarlos; por lo cual, eran psicóticos pero no tontos. Entonces, dormían allí y al día siguiente seguían mendigando por la calle. Pero fue trágico que se incrementara tanto la población callejera.

Un comisario muy importante de la Nueva York me decía que consideran un delito cruzar en diagonal, no por la línea blanca, y me dijo: “Yo sé que ese es un argentino o es alguien que fue liberado del Bellevue”. No me gustó la parte de un argentino o un loco, pero bueno entendamos que nuestro espíritu transgresor se lleva fuera del país con bastante entusiasmo.

Cada vez que se hizo una ley de salud mental, se creó, se inventó, se dispuso de un sistema asistencial que podemos llamar dispositivo asistencial. Por ejemplo, la ley de salud mental de Estados Unidos se acompaña de los centros de salud mental; la de Inglaterra se acompaña de las comunidades terapéuticas en todos los hospitales; la de Francia de un desarrollo territorial comunitario que se llama psiquiatría de región o de zona; y en Italia se crearon las unidades sanitarias locales que eran intermediarias entre el hospital psiquiátrico, luego el hospital general y la comunidad. ¿Qué pasó en Italia? Se crearon todos los hospitales psiquiátricos y varios se reabrieron, sobre todo los del sur de Italia, porque había baja población de trabajadores y alta población de pacientes y no daban abasto para los recursos de cubrimiento de necesidades externas al instituto.

La pregunta que quiero resolver antes que nada tiene que ver con qué vamos a hacer con las 25.000 camas ocupadas en este momento en el país, porque no hay ley de salud mental que puede empezar a andar por la calle si no soluciona el problema. Tenemos el presupuesto más bajo de todos los imaginables para las necesidades de esos 25.000 pacientes. Tenemos una proporción de trabajadores a pacientes que es del 0,2; es decir, 1 cada 5. En Europa, en Estados Unidos hasta en África, la población es 2 por 1, dos de personal por un paciente. No se inquieten, voy a ir terminando.

Creo que la ley debe evitar todas estas cosas que son impositivas y de crítica a los psiquiatras, debe desarrollar un diálogo que no se ha desarrollado o no se ha hecho de manera suficiente. Entonces, creo que se tiene que efectivizar una psiquiatría actual, que sea una psiquiatría multidimensional donde haya hospitales psiquiátricos, porque no va a poder dejar de haberlos, no ha dejado de haberlos adecuadamente en ningún país del mundo.

Sra. Negre de Alonso. – Gracias, doctor, justo con el tiempo.

Tiene la palabra la doctora Ruth Kordón.

Sra. Kordón. – Por un tema de tiempo voy a leer mi exposición. El debate sobre la ley de Salud Mental es fundamental en un doble sentido. Acerca de los contenidos y de la operatoria de sanción.

Considero que es esencial el ejercicio de la democracia para su elaboración, si realmente nos interesa construir un verdadero instrumento para la transformación de la salud mental que permita hacer realidad el derecho a la salud en el plano que nos compete y no sea

una mera expresión de deseos.

En los diferentes proyectos presentados hay aportes que merecen ser tenidos en cuenta e integrados en una única propuesta consensuada superadora.

Pero cuando hablo de ejercicio de la democracia me refiero, además, no solo a la discusión de los proyectos que hoy están en consideración, sino también a conformar un espacio de consulta y verdadero intercambio entre los diversos sectores implicados que incluye como prioridad la consulta con quienes ocupan el espacio público, quienes están en la trincheras del hospital público, los profesionales de las diferentes disciplinas de la salud mental, los trabajadores, enfermeros, denominados TSM, además de los pacientes y los familiares de quienes sufren trastornos mentales.

Creo que debe ser un debate que alcance a todos los sectores interesados, no solo un debate de cúpulas y menos aun una imposición a libro cerrado. Obviamente que es necesaria la sanción de una ley, y que cuanto antes esto ocurra será mejor, pero ese argumento, utilizado a los efectos de aprobar ya el proyecto que tiene media sanción de la cámara de diputados, es usado con el estilo al que últimamente se nos acostumbra, que es el ahora o el nunca. Tampoco es aceptable el argumento de que este proyecto no es del todo bueno, pero es lo que tenemos y luego podrá arreglarse en las reglamentaciones. Es una ley, que merece ser trabajada para obtener un producto que refleje las reales necesidades en salud mental de nuestro pueblo y proponga efectivas soluciones.

Como profesional que vengo trabajando, junto a un grupo de colegas, conformado por psiquiatras y psicólogos, desde comienzos de la dictadura militar, como Equipo de Asistencia Psicológica de Madres de Plaza de Mayo y actualmente en el EATIP (Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial), específicamente en la problemática de salud mental y derechos humanos, tengo la plena convicción de que la defensa de los derechos humanos no es patrimonio exclusivo de un grupo o sector. Por el contrario, atraviesa las más diferentes profesiones y prácticas.

Junto a la defensa del derecho a la vida, por la que tanto ha luchado nuestro pueblo, que ha construido memoria colectiva y memoria histórica, tenemos que decir que el acceso al trabajo, la educación, la jubilación digna, la salud, tienen también un anclaje común: la defensa de los derechos humanos. Por eso entiendo que el mejor logro que podemos tener quienes estamos comprometidos desde hace largo tiempo con los derechos humanos de primera, segunda y tercera generación, es poder afirmar que éstos no tienen dueños, que los protagonistas de cada sector social deben debatir y resolver las políticas públicas y las leyes que garanticen la vigencia de los derechos en su ámbito específico de aplicación.

En este sentido entiendo que una ley sobre salud mental es resorte del campo de la salud pública y debe ser elaborada por los actores sociales que la conforman. Obviamente los organismos de DDHH podemos y debemos interesarnos, colaborar y aportar desde la perspectiva de asumir la defensa de todos los derechos de los pacientes y de los trabajadores de salud mental, pero como estamos hablando hoy de un problema fundamental de salud mental, quienes son sus necesarios protagonistas son aquellas personas e instituciones que pertenecen a este ámbito y conocen a fondo la historia y las verdaderas necesidades que exigen resolución.

Puntualizaré algunos problemas. Comparto el espíritu y muchos de los artículos y preocupaciones del proyecto encabezado por el diputado Gorbacz, que tiene media sanción de la cámara de diputados. Coincido en la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, tal como sostiene esta propuesta y el desarrollo pormenorizado de los

derechos en el campo de la salud mental. Más aún, recuerdo que en algunos textos nosotros mismos hemos comparado las condiciones de existencia de los pacientes confinados en manicomios con las condiciones a las que eran sometidos los desaparecidos en los centros clandestinos de detención durante la dictadura.

Quiero señalar que, desde el punto de vista de la definición del objeto de la ley, tengo mayor coincidencia con las definiciones que aportan otros proyectos. Por ejemplo, el proyecto de los senadores Cabanchik y Di Perna atiende clara y abarcativamente, en este sentido, a la necesidad de definir los criterios básicos para las políticas públicas de protección y promoción de la salud mental de la población, de prevención de problemáticas psicosociales, y de tratamiento integral y rehabilitación de personas con trastornos de salud mental. En el mismo sentido se presenta el proyecto de las senadoras Bongiorno y Perceval y el proyecto de Cano y Rached. Este planteo, por supuesto, incluye la defensa de los derechos de las personas con sufrimiento mental.

En la Argentina hay una larga y rica experiencia en el campo de la salud mental, con períodos de avances y retrocesos. El hospital público, en nuestro país, ha sido siempre un instrumento privilegiado para la atención de las necesidades nuestro pueblo. Y el manicomio, efectivamente debe ser desterrado bajo cualquiera de sus formas. Creo que en eso estamos la inmensa mayoría de acuerdo, compartiendo la preocupación de la ley Gorbacz.

Pero para ser clara: una cosa es cerrar los manicomios y otra cerrar los hospitales monovalentes. El cierre del manicomio implica el proceso de transformación institucional del hospital, implica estudiar las experiencias más avanzadas en ese sentido, nuestra historia, recuperar los recursos y capacidades de los servicios de psicopatología en hospitales generales promovidos por el doctor Mauricio Goldenberg, las experiencias de hospital de día y las comunidades terapéuticas, como la dirigida por Wilbur Grimson, y tantas otras que respondían a un momento en que no predominaba el espíritu privatista y los profesionales asumíamos colectivamente la inquietud de trabajar por una salud al servicio de nuestro pueblo, inquietud que este debate retoma.

Implica también recoger las experiencias actuales más avanzadas, como la del Hospital Escuela José de San Martín de la provincia de San Luis, dirigida por el doctor Pellegrini, que transformó el manicomio en un verdadero centro de salud mental de primer nivel y capaz de atender a las necesidades en prevención, asistencia y rehabilitación. Un proceso de verdadera desinstitucionalización. Desde ya que coincido con la preocupación formulada en el proyecto que tiene media sanción de la Cámara de Diputados, por terminar con la institucionalización de los pacientes, y en ese sentido es complementario con el proyecto de los senadores Rodríguez Saa y Negre de Alonso, cuyos aportes merecen ser incorporados a la futura ley. Comparto también la importancia de los abordajes comunitarios.

En síntesis, entiendo que la ley de Salud Mental debe ser clara en la defensa del Hospital Público.

Las experiencias internacionales pueden servirnos de referencia, pero creo que no se trata, como en otros planos de la vida nacional, de aplicar proyectos a la manera de recetas, como en el caso de la modalidad con que han incidido representantes de la OPS. Tenemos grandes posibilidades de transformación apoyándonos en nuestra experiencia y tomando en cuenta ventajas y desventajas de desarrollos de otros países en la materia.

La dictadura y el menemismo arrasaron con la política pública en salud mental. Arrasaron con los derechos humanos y civiles de los pacientes. Pero hoy me interrogo y los interrogo: ¿Nos sobran los hospitales? ¿O es que cuando necesitamos internar a un paciente

que no tiene recursos y no tiene una prepaga el problema es que no conseguimos cama en ningún servicio y el paciente anda deambulando de hospital en hospital? ¿Los tratamientos ambulatorios gratuitos están garantizados en tiempo y forma? En relación a la cuestión de la medicación, el proyecto de Cabanchik define el uso racional de la medicación, la necesidad de que sea registrada en la historia clínica y de que se administre conjuntamente con otros recursos terapéuticos.

El problema de la sobremedicación como instrumento de disciplinamiento social es un tema complejo, que incluye las políticas y las operatorias de los grandes negocios de la medicina, en sus diferentes expresiones, como las políticas de los grandes laboratorios o los negociados de medicamentos. Problema al que es necesario atender, golpeando las políticas que representan esos intereses y no a los profesionales. El artículo 12 del proyecto Gorbacz parece sugerir en forma general que los profesionales no implementan la medicación a favor del paciente, sino como castigo o para beneficios de terceros.

Un debate que nos merecemos es considerar las condiciones de trabajo de los profesionales de las diferentes disciplinas que presentan una incidencia extraordinaria del síndrome de *burn out*. La sobre exigencia, los salarios del psiquiatra, del psicólogo, del trabajador social, del terapeuta ocupacional, de los enfermeros, son problemas comunes y no sectoriales. El abordaje debe ser necesariamente compartido y no estimular falsas antinomias.

Creo que la ley debe contemplar, entonces las condiciones de trabajo de los profesionales y no profesionales. Sería interesante hacer una investigación sobre morbi-mortalidad entre los trabajadores de salud mental. Lo podemos hacer en instituciones cercanas como en Capital Federal y también investigar, por ejemplo, el porqué del fallecimiento de cuatro profesionales por infarto de miocardio en el hospital de psiquiatría de Salta en el último año.

Creo que esta ley debe ir acompañada de un Plan Federal de Salud Mental inmediato, para que su contenido no se transforme en letra muerta. De lo contrario, los principios estarán vaciados de sentido y significación.

Con el mismo fundamento debe definirse la puesta en acción de los recursos necesarios, la cuestión presupuestaria como prioridad inmediata. Salud, vivienda, educación, son prioridades que deben ser atendidas con todos los elementos necesarios. Entiendo que esta debe ser una diferenciación, no sólo un porcentaje

En definitiva, considero que tenemos una gran oportunidad de consensuar una ley marco que fije los principios e instrumentos básicos para asegurar la prevención, asistencia y rehabilitación que pueda ser aplicable en todo el país y que tenga un efecto instituyente en las políticas de salud mental que garantice el acceso a la salud mental de toda la población y muy especialmente de los sectores más vulnerables.

Sra. Presidenta. – Gracias, doctora Kordón.

Tiene la palabra la subsecretaria de Planificación, Prevención y Asistencia de la SEDRONAR, doctora Norma Vallejo.

Sra. Vallejo. – Buenas tardes. Muchas gracias por la invitación, particularmente a la señora senadora Sonia Escudero.

Mi perfil profesional está vinculado a la salud mental, pero no es estrictamente ese, soy especialista en toxicología clínica. Por lo tanto, más allá de la opinión personal que a mí me merece todo lo que he estado escuchando acá y el análisis del único proyecto que ha llegado a mis manos que es el que tiene la media sanción de la Cámara de Diputados y, en relación a esto, quiero decir que coincido con la mayoría de las personas que se han expresado acá, hago

propia la opinión de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y, basado en experiencias en el hospital público quiero decir que no es operativo. Es imposible de aplicar así como está planteado en el texto que ha sido aprobado por la Cámara de Diputados.

Para mí es muy importante haber venido acompañada por un profesional con conocimiento de lo que es la salud mental, por eso solicité que se me autorizara el ingreso del doctor Eugenia Nadra, coordinador del Consejo Científico Asesor Honorario de la SEDRONAR así que le cedo la palabra.

Sra. Presidenta. – Gracias doctora.

Tiene la palabra el doctor Ricardo Eugenio Nadra, médico psiquiatra, coordinador del Consejo Científico del SEDRONAR.

Sr. Nadra. – Antes que nada quiero agradecer a la doctora Sonia Escudero por habernos invitado. La doctora Sonia Escudero siempre ha valorado la opinión del Consejo Científico. El doctor Cano también nos ha solicitado asesoramiento en este tema, el doctor Cano nos envió el 10 de junio de 2010 nos envió a la SEDRONAR todos los proyectos sobre salud mental y sobre adicciones. Nosotros contestamos analizando cada uno de los artículos de todos esos proyectos y en esta conclusión nosotros adheríamos a un concepto científico que fue expuesto por el vicedecano de la Facultad de Medicina, por lo tanto no voy a hablar del análisis científico y epistemológico. Yo prefiero hablar sobre el análisis ideológico de este proyecto que es el hermano gemelo del próximo proyecto que se va a analizar que es el de asistencia de las adicciones del mismo legislador.

El tema es cómo va a influir esta ley de salud mental si se llega a aprobar en la política de las adicciones. Sabemos que el tema de las adicciones forma parte del amplio espectro de la salud mental. Nosotros decimos que de aprobarse este proyecto de salud mental que, como bien dijeron los expertos, se caracteriza por un tremendo espíritu antipsiquiátrico, médico y científico.

Estos proyectos expresan un pensamiento perimido que es de la antipsiquiatría, que surgió en la década del 60 con una serie de pensadores y revisionista que decían que la medicina y, especialmente, la psiquiatría y los psiquiatras eran represores al servicio del orden vigente. Justamente en los fundamentos de este proyecto se dice “como en tiempos históricos de profunda desigualdad, en condiciones de vida de la población en el mundo y marcadas inequidades en el acceso a derechos básicos como la alimentación, el cuidado de la salud y el trabajo, se procura reducir el malestar y encuadrarlo bajo rótulos psicopatológicos, mayoritariamente funcionales al orden social hegemónico y a los intereses de la industria farmacéutica”. Es decir que se está insinuando que los psiquiatras estamos al servicio de las grandes multinacionales o de los laboratorios. Nosotros decimos que es un prejuicio de tipo totalitario, porque es el mismo preconceito que tenían las dictaduras militares que pretendían asociar el psicoanálisis con la subversión y el terrorismo. Este nuevo totalitarismo intelectual pretende asociar a los psiquiatras con los intereses de la industria farmacéutica y nos coloca en el papel de represores de lo que es diferente.

Entonces, ¿cuál es la ideología de estos proyectos? La enfermedad mental es una conducta desviada que es definida de las relaciones del poder, son construcciones artificiales que sirven para discriminar lo que es diferente o se aparta de la normalidad establecida. La medicación es un instrumento principal de intereses comerciales y de mercado de la industria farmacéutica y las corporaciones de profesionales.

Quiero decirles a los señores senadores que esto no se trata de una lucha entre neurociencias y psicoanálisis o entre psiquiatras y psicólogos, es una discusión sobre la

naturaleza de la verdad científica y los criterios de verdad de la medicina. También quiero decirles a mis colegas psiquiatras cuál es el fundamento o el rol que tienen estas ideas y este profundo rechazo a la psiquiatría, a la medicación y a la ciencia médica. Viene fundamentalmente del famoso comité científico asesor en materia de control de tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y de la asociación de reducción de daños intercambios.

Por eso quiero hablar de este tema que, como está íntimamente vinculado con la salud mental, es muy importante. Permítanme que hable del tema de reducción de daños, porque cuando se apruebe este proyecto de salud mental el próximo será el de reducción de daños. Allí vamos a tener consejos para consumir drogas en los colegios como ya está ocurriendo. La presidenta de la Asociación Intercambios que es la asociación de reducción de daños más importante ha publicado un libro que se está repartiendo entre los maestros argentinos en el que se dice que la marihuana no es una droga, que no provoca dependencia ni síndrome de abstinencia y que los efectos se sitúan en el medio del camino entre los del alcohol y los de las drogas que afectan la percepción.

Sra. Presidenta. – Discúlpeme, pero estamos un poco asombrados de lo que está manifestando. ¿Nos puede decir cómo se llama el libro y quién es su autor? ¿Se está repartiendo en la Ciudad de Buenos Aires o en todo el país?

Sr. Nadra. – Eso hay que preguntárselo al Ministerio de Educación que lo ha publicado, le dejo un ejemplar del libro.

Sra. Presidenta. - Gracias por su aclaración, doctor.

Continúe.

Sr. Nadra. - ¿Tengo tiempo?

Sra. Presidenta. - Sí; 3 minutos.

Sr. Nadra. - Si bien en ese libro no se dan consejos para consumir, porque ya sería demasiado, sí se dicen cosas como las que voy a mencionar, y por eso al aprobar este proyecto es elemental tener en cuenta qué es lo que viene en el tema de adicciones.

Este libro nos dice, por ejemplo, que existen diversas formas posibles de vincularse con las drogas, cualquiera de ellas aporta beneficios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, así como también pueden provocar daños a las personas. Se habla de un consumo problemático, como si existiera un consumo que no es problemático.

Otra cosa que leemos en el libro es: “Las drogas ilegales son peligrosas porque son ilegales, lo que impide controlar la calidad de las mismas. Habría que legalizar las drogas para que los chicos consuman drogas de buena calidad. Los jóvenes se ven atraídos por las drogas y van a experimentar con ellas un día u otro a pesar de la prohibición. Una forma de prevenir, entonces, es informar cómo usar las drogas...” -eso está en ese libro- “...y elaborar estrategias de reducción de daños”.

¿Cuáles son las estrategias de reducción de daños? Aclaro que estos folletos no forman parte del libro, pero si se aprueba la ley de asistencia a las adicciones de Gorbach, que habla únicamente de reducción de daños, los chicos van a estar estudiando esto en los colegios.

“La cocaína se vende adulterada. Probá un poco y fijate cómo te pega. Picala bien y hacé rayas finitas para romper las piedras que pueda tener.”

“Es mejor consumir en lugares tranquilos y donde te sientas seguro.”

“Usar seguido cocaína te saca las ganas de comer.” Es decir, lo único que provoca la cocaína es sacar las ganas de comer, no destruye el cerebro ni el corazón ni provoca infarto.

Entonces, el consejo que da la Sociedad Civil Intercambios es: alimentate.

Con respecto a la pasta base, la Asociación Intercambios, cuya presidenta está asesorando a los maestros argentinos, dice: “No compartas las pipas donde fumás.” “Tomá jugo de naranja o cualquier cítrico o leche, porque la vitamina C ayuda a prevenir resfríos y problemas pulmonares.” Y, para terminar, el último consejo de la Asociación Intercambios: “Si tenés problemas para respirar o tosés sangre tratá de parar. Es hora de consultar a un médico.”

Entonces, primero los médicos somos represores al servicio del poder dominante, encarcelamos a los enfermos mentales y a los adictos, pero cuando el chico viene escupiendo sangre y pedazos de pulmones, entonces, estos reductores de daños desaparecen y nos dejan a nosotros la obligación de rescatarles la vida a estos chicos.

Quiero decir simplemente esto: si se aprueba este proyecto de salud mental el próximo paso es aprobar el proyecto de reducción de daños.

Gracias.

Sra. Presidenta. - Tiene la palabra la señora senadora Escudero.

Sra. Escudero. - Gracias doctor por su exposición, y quiero decirle que vamos a estar muy atentos al proyecto que usted dice que sigue. Pero, como hoy estamos tratando solamente este proyecto de salud mental, quiero hacerle una pregunta muy específica.

La única referencia que hace este proyecto al tema de las adicciones es la consideración del adicto problemático como paciente del sistema de salud.

Sr. Nadra. - Exacto.

Sra. Escudero. - Lo cual a mí me parece positivo, porque actualmente las madres de chicos adictos no tienen a dónde llevarlos, ya que el hospital público los rechaza por creer que ese no es un tema del hospital público. Entonces, la pregunta específica es en qué va a cambiar la sanción de esta ley solamente el tratamiento de los adictos problemáticos.

Sr. Nadra. - Le permite al adicto problemático decidir sobre su tratamiento. Un adicto problemático es un adicto que ya está intoxicado, que no tiene capacidad para elegir, que no tiene capacidad para saber qué es lo que precisa, y entonces no podemos preguntarle si quiere o no tratarse.

Sra. Escudero. - Pero, de todos modos, la ley prevé que cuando haya peligro para sí mismo o para terceros se pueda decidir la internación aun en contra de su voluntad.

Sr. Nadra. - Obviamente.

Yo ya hice un análisis de la ley y se lo presenté al doctor Cano. Ahora quería referirme únicamente a los aspectos ideológicos.

Obviamente hay muchos artículos de esta ley que hay que corregir, pero digo qué es lo que nos espera si se aprueba este proyecto de ley y después viene el otro proyecto, que es el hermano gemelo de este.

Sra. Presidenta. - Tiene la palabra la señora senadora por Tucumán, Beatriz Rojkés.

Sra. Rojkés. - Muchísimas gracias.

En realidad parte de lo que quería decir lo dijo claramente la senadora por Salta, pero quería que nos explique un poquito más de dónde sacó ese material, porque la verdad que desconocemos el libro que usted ha leído, doctor. Si permite, presidenta, quería saber de dónde sale ese libro.

Sra. Presidenta. - Sí. Acá está el libro; nos lo entregó.

Sr. Nadra. - Estos son folletos que yo he imprimido. Usted los puede encontrar en la página web de la Asociación Intercambios, señora senadora. Están allí en forma de folletos dirigidos a los jóvenes.

Textualmente, lo que yo acabo de leer usted lo va a leer en esos folletos que publica Intercambios.

Sra. Rojkes. - Yo había entendido que usted dijo que era del Ministerio de Educación.

Sr. Nadra. - No. El libro está publicado por el Ministerio de Educación.

Sra. Rojkes. - Gracias. Disculpe.

Sra. Presidenta. - Tiene la palabra el señor senador Cano.

Sr. Cano. - Simplemente quiero hacerle una aclaración al doctor.

El proyecto al cual usted hace referencia no se va a tratar en la Comisión de Salud. Esa ha sido una decisión de todos los senadores, e inclusive hay numerosos proyectos que tienen que ver con el tema de las adicciones. Pero el Poder Legislativo también se encuentra en una posición cuando nosotros enviamos opiniones a dos dependencias que dependen del Ejecutivo: uno es el Comité Asesor que depende de la Jefatura de Gabinete y otro es la SEDRONAR, donde hay criterios distintos. Ustedes forman parte del Ejecutivo y me parece que, en todo caso, al Poder Legislativo desde el oficialismo nos tienen que traer certeza con respecto a cuál es el norte y cuál es la política.

Sr. Nadra. - Señor senador Cano: nuestros intentos de acercamiento al Comité que asesora al jefe de Gabinete fueron todos infructuosos; los hemos invitado a nuestras reuniones mensuales y hemos tratado de colaborar con ellos pero nunca hemos tenido suerte.

Sr. Cano. - Mire, yo le hablo desde la experiencia de la comisión. Cuando vino el señor jefe de Gabinete al pleno del Senado justamente uno de los temas sobre el cual nosotros hicimos referencia fue el de las adicciones, y lo hicimos en virtud de la presencia de Granero una semana antes, que es el responsable de la SEDRONAR. Y en ese momento quedó absolutamente claro, está en las versiones taquigráficas, que el Poder Ejecutivo tiene dos posiciones con respecto al abordaje a la problemática de las adicciones. Esa cuestión es inherente a que ustedes, como forman parte del Ejecutivo, deberían acordar con el Comité Asesor.

Inclusive, ahora se creó la Dirección de Salud Mental y Adicciones, lo cual vemos con buenos ojos, porque nos parece importante que el tema de las adicciones forme parte de la agenda de la política. Ese fue el criterio por el cual no se avanzó en esa media sanción a la que usted hace referencia y hay proyectos de senadores del oficialismo y de la oposición vinculados a programas nacionales de adicciones que seguramente van a ser tratados el año que viene.

Sr. Nadra. - Senador Cano: ¿qué acuerdo podemos tener con gente que quiere legalizar la marihuana?

Sra. Presidenta. - Gracias, doctor.

Vamos a continuar, porque tenemos más invitados.

Tiene la palabra el doctor José María Martínez Ferrete, médico legista del Poder Judicial.

Buenas tardes, doctor.

Sr. Martínez Ferrete. — Buenas tardes.

Fundamentalmente vengo como delegado del Cuerpo Médico Forense y gracias a la invitación de la doctora Escudero y a través de la gente de la SEDRONAR. Pero, casualmente, me quería referir a un tema que complementa las visiones que ya han hecho magistrados y juristas con respecto a las reformas a los códigos de fondo. Concretamente, el artículo 43 del proyecto aprobado por la Cámara de Diputados menciona la modificación al artículo 482 del Código Civil.

Haciendo una breve introducción, recordemos que los códigos están hechos para ordenar, simplificar y evitar la dispersión de leyes, con lo cual su objetivo es facilitar el conocimiento de la ley e, incluso, consolidar reformas.

Mi planteo intenta acercar la idea de que, casualmente, es contradictoria la redacción que tiene el artículo 482 del Código Civil que se reforma con casi todo el espíritu de la ley, con lo cual podría llegar a quedar cristalizado, en un lugar de facilitador de conocimiento de la ley y de consolidador de reformas, una redacción del Código Civil que fuera totalmente en contra de los derechos humanos de los pacientes.

En primera instancia, recordemos que el objetivo del artículo 482 del Código Civil -según está actualmente redactado- es proteger la libertad individual de las personas, y fundamentalmente a través de dos premisas.

Una de las premisas es que sólo el juez puede privar de la libertad, sólo el juez puede internar, y esto viene dado por lo que establece el artículo 19 de nuestra Constitución Nacional, que dice que nadie podrá ser privado de la libertad sino en virtud de orden emanada de autoridad competente. En un régimen de tres poderes, el único poder competente para privar de la libertad es el Poder Judicial, y todos recordarán la figura de los detenidos a disposición del Poder Ejecutivo como una figura altamente inconstitucional. El segundo dato que tiene el Artículo 482 del Código Civil es que solo se produzca esa internación del enfermo mental ante el riesgo de daño, situación muy global que está redactada y que podría haber sido mejorada, y que uno de los proyectos que está en tratativas mejoraría la expresión.

Con respecto a esta redacción, quiero proponer dos objeciones. La primera es respecto a la intervención de los jueces. El primer párrafo del proyecto aprobado por Diputados termina diciendo que la internación de un insano que debe ser evaluada por un equipo interdisciplinario con posterior aprobación y control judicial. En el tercer párrafo dice que el juez no dispone la evaluación por parte de un equipo interdisciplinario, con lo cual nos preguntamos quién priva de la libertad, porque en ninguno de los dos párrafos mencionados se dice que es el juez el que dispone la internación. En primera instancia, solo la autoriza y la controla, y en el tercer párrafo dice que dispone la evaluación. En el primer párrafo podría haber dicho, como se hace en otras legislaciones internacionales, que el juez convalida o no lo actuado por el equipo sanitario. Acá directamente dice que lo autoriza, quedando que parecería ser que el que priva de la libertad es el equipo interdisciplinario, situación que va totalmente en contra de nuestra norma constitucional.

Finalmente, en una redacción recortada, el tercer párrafo dice que solo evaluarán a los pacientes los equipos interdisciplinarios, o sea, que los jueces solo enviarán a evaluar al sujeto. El proyecto Cabanchik y Di Perna, en el Artículo 11, agrega una frase mucho más sabia —de hecho está en el Código Civil—, con lo cual podrían haberla reproducido, que si de esta evaluación surgiera que a riesgo grave de daño cierto e inminente para sí o para terceros, el juez podrá disponer la internación en un establecimiento adecuado. Por lo tanto, la redacción que tiene en el 482, que reforma la ley aprobada por Diputados, deja al menos en una nebulosa, o no claramente, el principio constitucional de que el único poder del Estado autorizado a privar de la libertad es el Poder Judicial. Situación que es inadmisibles en un código de fondo que tiene que tener la pureza y la claridad para difundir la ley, y consolidar las reformas. Es claro que esta ley genera un órgano de revisión que controla la justicia en una superposición de funciones que habría que analizar cuál va a ser la opinión de magistrados con respecto a esto.

El segundo punto es con respecto al riesgo, en donde el proyecto aprobado por Diputados habla de riesgo cierto e inminente. Acá hay un grave error casualmente —y ahí está la palabra—. Como leíamos recién, el proyecto de Cabanchik y Di Perna habla de riesgo grave de daño cierto o

inminente. ¿Por qué esta diferencia? El proyecto habla solo de riesgo cierto e inminente. Un paciente puede tener el riesgo cierto e inminente de pegar un grito de una mala palabra en un templo. Es cierto e inminente, pero no es grave.

El motivo por el cual internamos a una paciente es la gravedad del riesgo y no que sea cierto e inminente, que también tiene que ir en la fórmula. Las fórmulas actuales de la psicopatología forense —digo psicopatología con intención de englobar a las profesiones que se dedican a la psicopatología— hablan que el riesgo para internar a un sujeto es riesgo de daño cierto, grave e inminente, porque si no cualquier riesgo considerado inminente, si no es grave, podría generar la arbitrariedad de una internación de un sujeto. Creo que la redacción de esta ley se queda a mitad de camino de lo que propugna, que es tratar de evitar la internación.

Por otro lado, los tres párrafos olvidan la palabra “daño”. Habla de riesgos hacia sí o terceros, generando una serie de complicaciones de choques con el resto del Código Civil, porque no habla de riesgo de daños hacia sí o terceros. Omite la palabra “daño”, con lo cual genera un hueco legal con respecto a la figura de las consecuencias llevadas a cabo por los enfermos mentales en esas condiciones. En las tres oportunidades, habla de evaluación, que remite a valorar, y este a valorar el riesgo.

En este texto, marcado en el Artículo 43 del proyecto aprobado por Diputados se genera más una valoración del riesgo que el diagnóstico de una patología. Fíjense que en esto también el proyecto Cabanchik y Di Perna logra una mejor acomodación al hablar de que la evaluación será psiquiátrica y psicológica más allá del tema de incumbencia que requeriría una reglamentación específica de qué tipo de psicólogo podría hablar sobre este tema. Hablar de psiquiatras y de psicólogos se está refiriendo a los dos únicos profesionales del área de la salud mental que tienen formación concreta en psicopatología, y de grado en psicopatología y en diagnóstico. Por eso, la referencia a psiquiátrico y psicológico hace lugar a la palabra que es omitida por el proyecto de Diputados, que es la palabra “diagnóstico”.

El riesgo en el que estaríamos en decir que se internan sujetos con riesgos inminentes, pero no graves, y que se internan sin un correcto diagnóstico psicopatológico de la enfermedad. Podríamos estar en lugares parecidos, y en esto es una contradicción de la ley con lo que trata de defender que es la defensa de los Derechos Humanos. Podríamos estar en internaciones que se produjeran sin psicopatología y que se produjera con un riesgo de daño inminente, pero no necesariamente grave.

El Artículo 482 habla de equipo interdisciplinario, pero en ningún lugar habla si ese equipo interdisciplinario al que debe recurrir el juez —e insisto en que no dice que el juez es el que decreta la internación sino que queda como que el equipo interdisciplinario es el decisor de esta internación—, sea del sector público o privado. Quedaríamos en un problema mucho mayor, porque esto podría quedar en manos privadas de equipos interdisciplinarios contratados por prepagados o por medicinas sociales.

Para finalizar, creo que este Artículo tiene una redacción confusa y que va en contra de los principios mismos de la ley. Primero, al no aclarar que es el juez, de acuerdo con la norma constitucional argentina, el único autorizado a privar de la libertad, y dejando abierta la posibilidad de interpretar que es el equipo interdisciplinario. Segundo, al no mencionar la palabra “grave” en el riesgo ni la palabra “daño”. Quedaría abierto que cualquier riesgo cierto e inminente, aunque sea de conductas mínimas, podría caer en la potestad de un equipo interdisciplinario.

Creo que en algún lugar este Artículo podría ser reemplazado. Propongo por el Artículo 11, del proyecto de Cabanchik y Di Perna. Además, habría que hacer una mención a la autoridad policial, ya que debería ser suprimido el Artículo actual del 482. Esta redacción apresurada puede

correr el riesgo de borrar con el codo lo que la ley pretende tratar de hacer en defensa de los Derechos Humanos de los pacientes.

Sra. Rojkes de Alperovich. — Faltan los invitados del senador Eric Calcagno, que están en la lista que le he pasado.

Sra. Presidenta. — Yo no tengo problema, pero las invitaciones se tienen que hacer por la Presidencia de la Comisión.

Sr. Iapichino. — Soy el presidente de la Federación Médica de la Capital Federal.

Sra. Rojkes de Alperovich. — ¿Quién lo invita al señor?

Sra. Presidenta. — ¿El senador Calcagno?

Sr. Iapichino. — No, y no hice ninguna presentación por escrito.

Sra. Presidenta. — Sólo hemos invitado a las personas que no expusieron en la Comisión de Salud y Deporte.

Sra. Fellner. — Quiero dejar en claro que hay gente aquí que ha hablado en la Comisión de Salud y que no es así como usted está diciendo.

Sra. Presidenta. — Entonces, le damos la palabra al doctor y le hacemos un lugar a todos.

Sra. Fellner. — ¿Pero por qué no hablamos primero con los invitados del señor senador Calcagno?

Sra. Presidenta. — El público no puede participar.

Doctor: le solicito que en dos minutos fije su posición, así podemos proseguir con la lista de invitados del señor senador Calcagno.

Sr. Iapichino. — Seré breve porque la jornada ya ha sido extensa.

En nombre de la Federación Médica de la Capital deseo agradecerle a los señores senadores el hecho de poder expresar nuestras preocupaciones. En la Cámara de Diputados no hemos tenido esta oportunidad.

Quiero manifestar la preocupación que existe respecto de dos o tres puntos de este proyecto de ley que tiene sanción de la Cámara de Diputados y que está en revisión en la Cámara de Senadores.

Asimismo, hemos analizado el resto de los proyectos. Nos parece —esto lo digo como una propuesta— que se tiene que continuar con su análisis. Una de las cosas que más nos preocupa a corto plazo es que esta ley se apruebe tal como está. Así de claro.

Hablo en representación de los médicos de la Capital Federal. La Federación Médica de la Capital agrupa a todas las organizaciones médicas; es una entidad con personería gremial, es un sindicato. Los médicos están preocupados, no los psiquiatras, porque ven dos o tres cosas que intranquilizan muchísimo. Una de estas cuestiones se refiere, desde el sector público, al tema de los hospitales monovalentes (artículos 27 y 28). Es decir, nos preocupa porque, no sé si lo recordarán, hace cuatro o cinco años —poco tiempo relativamente—, desde la legislación de la Ciudad de Buenos Aires, una legisladora y, desde el Poder Ejecutivo, un secretario de Salud de otro partido tuvieron una andanada contra un hospital monovalente, en este caso el Moyano. Esta película terminó con trescientas pacientes transferidas al sector privado y pagando 1.000 dólares mensuales.

Por lo tanto, las leyes tienen consecuencias importantes y a veces pueden provocar mucho daño. Entonces, una de las cosas que nos preocupan es que a los hospitales monovalentes, de acuerdo con esta ley, se propone con el tiempo hacerlos desaparecer.

Como ya se ha señalado aquí, los hospitales psiquiátricos monovalentes no son los de las películas de terror. Se ha querido demonizar de alguna manera la figura del psiquiatra y los médicos, no los psiquiatras, no estamos dispuestos a permitirlo.

La segunda cuestión se relaciona con los hospitales que van a ser transformados y los hospitales polivalentes que van a recibir estos pacientes. Los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, al menos los que mejor conocemos, no están en condiciones hoy en día de sufrir esta transformación por muchas razones: culturales, presupuestarias, etcétera. No sé si esta ley contempla el presupuesto que va a ser necesario para una transformación de estas características, con el cual se pueda llevar adelante semejante proceso, porque todas las transformaciones salen mucho dinero.

Respecto de las incumbencias —que son las incumbencias de la profesión de médico—, se habla de la interdisciplina como una cosa un poco complicada y confusa. Porque la interdisciplina no se sabe bien hasta dónde llega y, por lo que dicen algunos de los artículos, aquí se necesitaría la firma de otros dos profesionales simplemente para internar a un paciente no siendo médico. Les quiero recordar que la profesión de médico y la sociedad le han dado a los médicos la posibilidad de recetar y una serie de cosas después de doce años de formación en las especialidades. Es decir, para llegar a ser médico hacen falta seis o siete años de facultad y cinco años de especialización. Con lo cual, los mejores años de la vida de un ser humano se consumen estudiando porque la sociedad considera que hace falta un sacrificio importante para poder tener la responsabilidad de recetar e internar. Considero que esto de la interdisciplina puede acortar el camino de otras profesiones y con muchos menos años y formación una persona podrá internar pacientes e, inclusive, prescribir medicamentos. Esta es otra de las preocupaciones de los médicos, tanto en lo que tiene que ver con el hospital como con las incumbencias.

Respecto de esta sanción de la Cámara de Diputados, realmente estamos en absoluto desacuerdo y, en nombre de los médicos de la Ciudad de Buenos Aires, les pedimos por favor que no la voten.

Sra. Presidenta. — Tiene la palabra la señora senadora Fellner.

Sra. Fellner. — Es solamente para llevarle tranquilidad al doctor de Ciudad de Buenos Aires. Cuando escuchamos “Buenos Aires”, los que somos del interior pensamos —lo dijimos hace un año— en por qué no viene también la gente del interior. Hemos seguido invitando exactamente a la misma gente durante las cuatro audiencias que se han desarrollado. ¡Nunca la gente del interior! (*Aplausos*)

Sra. Presidenta. — Les aclaro que no se puede aplaudir aquí. Si van a aplaudir y a interferir con la reunión, daré por concluido el debate en la comisión.

Sra. Fellner. — La memoria visual no me falla. Me puedo olvidar de los nombres, pero —reitero— la memoria visual no me falla y sigo viendo las mismas caras.

Sra. Presidenta. — Dígame quiénes son, senadora, porque yo expresamente di instrucciones a la secretaria de la comisión para que no se invitara a nadie de los que se había invitado.

Sra. Fellner. — Señora presidenta: le paso los nombres y la versión taquigráfica. Por ejemplo, con todo respeto, doctor, a usted yo ya lo escuché con la senadora Giri, volví a escuchar porque usted no pudo venir...

Sra. Presidenta. — Senadora Fellner: respecto de los anteriores, así como del presidente del Colegio de Psicólogos, acordamos que como ha cambiado el tercio del Senado podían venir a la Comisión de Salud y Deporte o a esta comisión, todos aunque fueran repetidos de hace dos años.

Sra. Fellner. — Usted insiste en que hay gente aquí que no ha sido invitada y nosotros hemos escuchado en la reunión anterior con el senador Cano a gente que está aquí sentada, señora senadora.

Sra. Presidenta. — Vendrán por otra entidad. Porque yo tengo a la mano cuando firmé la orden de...

Sra. Fellner. — Señora presidenta: permíname, la Asociación de Médicos de la provincia de Buenos Aires está invitada por el señor senador Cano, el señor Gilardi no pudo venir y mandó a otra persona. Las equivocaciones se pueden dar y no hay problema. Volvemos a escuchar las mismas cosas y no hay problema. Total... volvemos a hablar y a escuchar lo mismo en esta situación también.

Quiero decirle al doctor que habló recién que se quede tranquilo respecto del presupuesto porque está puesto y contemplado en la ley; está el artículo.

Asimismo, deseo expresarle que se quede tranquilo porque ustedes van a poder seguir recetando los medicamentos. De eso no hay nada; solamente las internaciones sí van a ser compartidas con los psicólogos porque ellos pueden hacerlo. Está dado así en las incumbencias en las que entra el psicólogo.

Sra. Presidenta. — Tiene la palabra la señora senadora Bortolozzi.

Sr. Gilardi. — Le solicito la palabra.

Sra. Presidenta. — Hará uso de la palabra la señora senadora Bortolozzi y, luego, le concedo la interrupción.

Sra. Bortolozzi. — Quiero decir que para mí es importante el médico clínico. Mi hijo fue tratado por psicólogos y neurólogos muchos meses y tenía un insulinoma, es decir un tumor, no tenía nada psicológico, murió.

Ahora le concedo la interrupción al doctor.

Sra. Presidenta. — Tiene la palabra el señor Gilardi.

Sr. Gilardi. — No es “Buenos Aires” o “Buenos Aires”. Ojalá que viniera toda la gente del interior. Acá lo único que hemos planteado es debatir.

Desde ya, lamento que la gente de otras provincias invitadas no haya venido. Es más, invitémoslos; si realmente estamos haciendo una ley para Argentina, hagámoslo.

Yo estuve en la Comisión de Salud cuando el señor senador Cano todavía no la presidía. Y la verdad es que, después de todo, escuchar la opinión de 10.500 médicos de los 33 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires a los cuales yo represento, creo que es casi una necesidad, pero no porque sea tan valdeera, sino porque son los que trabajan todos los días con los pacientes.

Sra. Fellner. — Hemos escuchado la postura con el señor senador Cano, doctor; usted estaba invitado, pero vino un representante de la misma asociación a la que usted pertenece. Y le puedo asegurar que con los médicos de nuestra provincia nos hemos reunido.

Sra. Presidenta. — La verdad es que yo asumí el compromiso de que no se iba a invitar a entidades que ya hubieran concurrido a otras audiencias. Incluso, el vicegobernador de mi provincia, que ha sido galardonado con un premio a los derechos humanos por un trabajo en Psiquiatría que ha hecho, me lo pidió y le dije que no porque ya había asumido este compromiso con mis colegas. Yo lamento que haya habido un error material y que se haya repetido, porque nosotros tenemos las versiones taquigráficas. No es que queramos impedir el debate. Tengan en cuenta que esta es la última semana de sesiones ordinarias, entonces tenemos varias reuniones de comisiones a la vez. Nosotros estamos para debatir, para estudiar y para escuchar a todos.

Tiene la palabra el senador Calcagno y Maillmann.

Sr. Calcagno y Maillmann. — Simplemente, quiero hacer una aclaración para explicar los motivos de mi ausencia hasta este momento. Al igual que el senador Cano, soy miembro del

Consejo de Enjuiciamiento de Jueces y me tocó desarrollar mi labor legislativa desde las 15.00.

Sra. Presidenta. — Tiene la palabra la senadora Parrilli.

Sra. Parrilli. — Antes de seguir avanzando, quiero mencionar que es cierto, que el libro que usted citó está auspiciado también por el Ministerio de Educación de la Nación. La verdad es que no lo he leído en su plenitud, pero se leer el índice, hacer una lectura veloz, además soy docente, y lo que usted ha tomado es una parte del libro donde se trabajan justamente los preconceptos y los estereotipos. Si nosotros vamos a ver las últimas partes del libro, hay muchas otras actividades que trabajan sobre esto. Cuando una trabaja en educación lo hace sobre el conocimiento que tienen los chicos y en función de eso elabora el conocimiento y aporta el material científico.

Entiendo que hay diferentes visiones en un tema, por eso se trabajan los preconceptos y uno puede disentir o no. Lo que marcó no es como usted decía una apología acerca que el Ministerio de Educación de la Nación está propiciando el consumo de drogas. No voy a entrar en discusión porque creo que no es el objetivo de esta reunión, pero sí quería dejarlo aclarado para el resto, que no lo conocemos, y quería salvar porque usted está haciendo mención y está afirmando algo que tiene que ver con el Ministerio de Educación de la Nación y está muy lejos, a mi criterio, de ser realmente verdad lo que yo estoy viendo aquí en este libro. Se están trabajando preconceptos que existen en la sociedad y son diferentes actividades que se proponen para hacer con los alumnos.

Sra. Presidenta. — Muchas gracias, muy amable.

Vamos a darle la palabra a la doctora Andrea Pochak, directora adjunta del CELS. Bienvenida.

Sra. Pochak. — Muchas gracias. Efectivamente, fuimos invitados por el senador Calcagno y Maillmann. Agradecemos la invitación para participar de este debate.

Nosotros estamos participando para la sanción de una ley de salud mental, porque estamos preocupados y ocupados por los derechos humanos de las 25.000 personas que están internadas en los psiquiátricos en la Argentina y las miles que son internadas todos los años. Estamos trabajando por esas personas y desde ese lugar apoyamos fervientemente el proyecto que tiene sanción por unanimidad en la Cámara de Diputados.

Queremos aclarar algunas cosas confusas que se dijeron en este debate que celebramos, porque los debates siempre son bienvenidos. Nos sorprenden algunas objeciones al proyecto que tiene media sanción y que sean contradictorias entre sí. Escuchamos a psiquiatras defendiendo la exclusividad, escuchamos a terapeutas ocupaciones defendiendo la percepción integral de la integración de las distintas disciplinas, escuchamos al sector jurídico reclamando el poder de los jueces en la toma de decisiones. Incluso, vemos algunas posturas en contra del proyecto de ley que son contradictorias.

La experiencia que todos nosotros tenemos en la discusión de reformas de este tipo es que, en materia de cambio de paradigma, los cambios son difíciles, pero estamos esperando desde hace mucho tiempo que esto ocurra. Por supuesto, los cambios no sólo vienen de una ley, los cambios de paradigma —como en este caso— requieren el uso del lenguaje apropiado. Por eso nos cuesta tanto hablar de personas y hablamos de pacientes y pacientes y pacientes... Tenemos que hablar de personas con derechos, personas que usan el servicio de Salud Mental, personas con discapacidad.

Por supuesto, los cambios no son sólo responsabilidad de una ley, pero es el primer paso. Para el cambio legal se necesitan reglamentaciones y en este país, como en muchos

otros, las mismas tienen mucho que aportar al debate, porque si no se trata de reducir derechos y no de ampliarlos, como se ha dicho acá, de establecer más requisitos para la internación de las personas. De modo que la reglamentación puede aportar esa certeza que encuentran algunos de los que objetan la ley. Además, al cambio legal y a la reglamentación le hacen falta política pública, pero ésta no se puede cambiar si primero no se cambia la ley.

La Argentina tiene que modificar su legislación porque hay compromisos internacionales en materia de derechos humanos y las leyes se tienen que adecuar a los nuevos estándares internacionales en la materia. Este proyecto ha sido reconocido por muchas personas, muchas instituciones, muchos organismos internacionales, sobre todo por los usuarios y por las personas que padecen esta situación actual como una ley modelo. Dejémosla andar. Dejémosla andar. En todo caso, con el correr de la ley encontraremos las cosas que haya que modificar. Posiblemente, los que hoy estamos defendiendo la ley le encontraremos cosas que con los años tengamos que modificar y volveremos a este Congreso a reclamar esos cambios.

Dejemos andar a esta ley, porque ya el sistema actual ha demostrado serias falencias en el respeto de los derechos humanos de las personas. ¿Por qué no damos la chance de un nuevo cambio con un proyecto que ha encontrado unanimidad en la Cámara de Diputados? En este momento político de la Argentina, es realmente una sorpresa que es bienvenida y demuestra que hay muchas personas de todos los bloques políticos que están preocupados por los derechos humanos de las personas con padecimientos psicosociales. Entonces, démosle una oportunidad al nuevo paradigma. Es necesaria la ley, es necesaria la reglamentación y nosotros como muchos de los que están presentes estaremos bregando para que la política pública se adecue a la ley y no se tergiverse.

Quisiera pasarle la palabra a una psiquiatra que es pertenece al equipo interdisciplinario que sí tiene el CELS, la doctora Laura Sobredo.

Sra. Presidenta. — Yo paso la palabra.

Están anotadas las dos en la lista de oradores, pero como pertenecen a la misma institución le vamos a dar primero la palabra al doctor Hugo Cohen, representante regional de la OPS.

Sr. Cohen. — Buenas tardes.

Agradezco la posibilidad de intervenir en este espacio. La prioridad del trabajo de la Organización Panamericana de la Salud en la región tiene su eje en la inequidad y en la injusta distribución de la riqueza y su impacto en la salud de la población.

Los antecedentes para dar el apoyo al proyecto aprobado por unanimidad en la Cámara de Diputados —no voy a mencionar todos porque la historia es muy extensa— tienen su basamento en: la resolución firmada por todos los ministros de Salud de los países de la América en el 49.º Consejo Directivo realizado en Washington en 2009; el Consenso de Panamá realizado recientemente con la presencia además de veinte países con sus representantes oficiales de gobierno; los antecedentes de sanción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos a tres países de Sudamérica; la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con discapacidad ratificada por el Congreso de la Nación, o sea que es ley para los argentinos esta convención y sus contenidos; por último, en estos tres fallos de la Corte Suprema de Justicia que habla de esta temática y por qué la necesidad de la transformación.

El estado de situación que sustenta la recomendación y las orientaciones que propone la Organización Panamericana de Salud y la OMS tiene que ver fundamentalmente en la carga

que los trastornos mentales significan para el Estado, las comunidades y la familia. En concreto, en la región de las Américas el 21 por ciento está representado como principal factor en los trastornos neuropsiquiátricos; en segundo lugar, las lesiones; y en tercer lugar, los trastornos cardiovasculares. Quiere decir que en términos sencillos el principal problema de salud sería lo que hoy nos convoca y lo que el proyecto de ley traería como una respuesta adecuada para los criterios de la Organización Mundial de la Salud.

Había 31 millones de personas en la región de América Latina y el Caribe que padecen de problemas de uso del alcohol; más problemático aún que lo que acarrea el uso del tabaco. Habría una cantidad similar de personas que padecen de depresión. 15 millones de adolescentes están afectados, 5 millones y medio de personas padecerían del uso de drogas ilegales, seis veces menos que los que padecen uso del alcohol.

El problema de la brecha es lo que más preocupa. Ante semejante carga y dimensión de la problemática, ¿cuál es la respuesta de los sistemas de salud de los países? Y en el mundo desarrollado se demuestra con preocupación que entre un 35 y un 50 por ciento del mundo desarrollado no ha podido dar respuesta aunque sea por una consulta en los últimos 12 meses. En nuestra región esa cifra asciende del 76 al 85 por ciento. Esto quiere decir que los sistemas históricamente basados en los hospitales psiquiátricos han transformado el acceso a la atención de la salud mental con algo de carácter excepcional igualado solamente, como problema de la salud pública, con la salud bucal.

Sra. Presidenta. – Doctor: por favor vaya redondeando.

Sr. Cohen. – ¿Ya se ha terminado mi tiempo?

Sra. Presidenta. – No, le pido que vaya redondeando.

Sr. Cohen. – Discúlpeme, senadora, pero hay muchos que se han tomado el tiempo y ahora yo no puedo tener ni cinco minutos. Le pido, si es tan amable, que me de mi tiempo.

Sra. Presidenta. – Yo le pido que vaya redondeando.

Sr. Cohen. – Gracias. Entonces, el presupuesto, en promedio es de 1,5 por ciento en la región y en la Argentina, por los datos que están comenzando a producirse ahora, se demuestra que, efectivamente, es así. Pero el problema no culmina allí, el 80 por ciento del presupuesto va destinado a estos hospitales neuropsiquiátricos. El planteo es reconvertir este presupuesto reorientándolo de manera que llegue adonde deba llegar. Hay provincias, por ejemplo, en las que un paciente en una institución privada cuesta 350 pesos por día, financiado por el Estado de esa provincia. Así que quiere decir que aún siendo un 1,5 por ciento hay muchos millones de dólares que en la Argentina, hoy en día, se están invirtiendo –entre comillas– en salud mental con el resultado que está a la vista de todos.

Hay que incrementar el presupuesto, pero simultáneamente reorientar lo que sí hay para que el resultado sea más adecuado. Respecto de la preocupación que traen aparejadas estas reformas, cuando entramos había trabajadores de los hospitales psiquiátricos, esto es lógico y esto sucede y ha sucedido en todos los países en los que se han dado estos cambios. Pero tienen que saber los trabajadores y los profesionales que las reformas que se han concretado, no en las que no se aplicaron o terminaron con las personas en cárceles, en la calle o bajo los puentes; eso no es reforma. Cuando se hicieron las reformas, la cantidad de trabajadores se duplicó y triplicó y eso es importante que se conozca.

Por último, ¿qué no es desmanicomialización? No es dejar a las personas con trastornos mentales liberadas a su destino, liberadas a su destino en situación de desamparo, en la calle o en prisiones. Eso no es. Esos fueron planes que no se aplicaron o los fondos fueron desviados para otras políticas. Tampoco es el aprovechamiento económico de los espacios

físicos o venta de los terrenos. Esto sucede en muchos lugares del mundo que en los hospitales psiquiátricos otrora fundados en las periferias, hoy quedaron englobados en los centros de las grandes ciudades entonces adquieren un valor muy importante. La reducción del número de cámaras para internación sin instalar respuestas alternativas para el tratamiento y rehabilitación significan un atropello más en la condición humana de quienes padecen trastornos mentales. Y tampoco, por último, se trata de un planteamiento antipsiquiátrico. Quien les habla es psiquiatra, he recibido una lista de casi cien psiquiatras que adhieren a este proyecto de once provincias Argentinas y entre los que se encuentran maestros y profesores de muchos de nosotros.

Quiero aportar otro dato más que tiene que ver con aspectos que hacen a la necesidad de aprobación de este proyecto de ley, un estudio que aplicó la Organización Mundial de la Salud en la Argentina donde de diez provincias estudiadas nueve no informaron absolutamente ningún dato de lo que ocurre dentro de las clínicas privadas o comunidades terapéuticas. Quiere decir que hay verdaderas embajadas, territorios donde uno no puede acceder ni obtener información acerca de personas diagnósticos ni tiempo de internación. No hay información.

Entonces, obviamente es un proceso, sería muy sencillo y trágico cerrar los hospitales psiquiátricos y se hizo el cambio. Evidentemente no estamos hablando de eso acá. Estamos hablando de un cambio cultural, como se dijo y de la construcción de un nuevo paradigma que tiene que ver en última instancia con nuevas prácticas.

Sra. Presidenta. – Doctor: por favor, se agota su tiempo.

– *Varios participantes realizan manifestaciones.*

Sra. Presidenta. – Por favor, no puede haber intercambio entre los participantes.

Sr. Cohen. – Efectivamente, este proyecto es de avanzada para la región.

Si no hubiera un debate, a veces en posiciones antagónicas, estaríamos haciendo más de lo mismo y si es más de lo mismo estaríamos perdiendo el tiempo.

Sra. Presidenta. – Por supuesto. El debate siempre enriquece. Gracias por su exposición.

Sería el turno de la doctora Iglesias, jueza del Tribunal de Familia de la provincia de Buenos Aires, pero me avisan que está un poco retrasada, por lo tanto le damos la palabra al licenciado Vicente Galli, ex director nacional de Salud Mental en la gestión del doctor Raúl Alfonsín.

Sr. Galli. – Buenas noches y muchas gracias. Soy licenciado en medicina, soy médico. Simplemente quería aclarar por qué fui profesor en la Facultad de Medicina de Salud Mental hasta hace unos años que me jubilé. Estuve en la comisión de doctorado de la Facultad hasta hace unos pocos meses y fui director nacional de Salud Mental entre 1984 y 1989 en el gobierno del doctor Alfonsín.

Quiero contar brevemente algunos trazos. Los valores, los dispositivos, las recomendaciones, peligros y avatares que moviliza el proyecto que tiene sanción de la Cámara de Diputados coinciden, totalmente, con lo que se defendía hace 25 y hasta 40 años como valores fundamentales en la transformación de las personas con sufrimiento mental en el mundo.

Hace más de 25 años cuando comencé a ser director de Salud Mental en ese momento derechos humanos y transformación del sistema de salud mental era fácilmente punible y se trabajó con lineamientos generales para un plan nacional de salud mental que nunca llegó a Plan Nacional porque se formaron antes programas provinciales. De esos programas provinciales hubo transformaciones en muchas provincias, incluido Río Negro con su programa que terminó con ley cuando ya había mucha experiencia para mostrar lo que se

podía hacer.

En la década del 90 todas las transformaciones que se habían logrado fueron arrasadas como tantas otras en esa década. Mientras tanto, en el mundo se seguía avanzando en legislaciones compartidas, acuerdos, pactos y declaraciones como la de Caracas.

En el mundo fueron pasando muchas cosas, y en este momento el país tiene compromisos internacionales con pactos, acuerdos y demás, donde estas cosas ya no son tan objeto de aventuras focales de los países sino compromisos internacionales, como en tantas otras cuestiones en las que se viene avanzando muchísimo. Por eso en este momento la necesidad de una ley de salud mental va en primer lugar, para tener un marco que necesaria e inevitablemente rompe una cantidad de tradiciones, identificaciones, identidades, corporaciones y poderes establecidos.

Creo que lo que hemos escuchado hoy acá como objeciones a la ley -sobre lo que sería interesante analizar y tomar algunas notas, pero eso sería para una exposición muy larga- se lo podría tomar como una agenda de problemas a resolver por cada uno de los sectores implicados en esas objeciones.

Si hay problemas jurídicos, si hay problemas con los códigos provinciales y con las leyes nacionales habrá que arreglarlo. Si hay problema con las concepciones sobre la interdisciplina, que no es la suma de objetos distintos y ver qué pasa sino que es un tipo de conocimiento distinto, habrá que resolverlo y aprender a hacerlo. Si hay problema con la definición y la comprensión de algunos términos vinculados a si son pacientes, si son usuarios, si son personas o qué son también todo eso es objeto de discusión.

La ley no puede ser un Larousse terminado de hacer con todas las palabras aclaradas y con todos los significados que ellas tienen en este momento de la concepción; es un marco que hay que ir rellenando con una cantidad de acciones específicas.

Cada uno de los representantes de sectores que han hablado tienen total razón en lo que dicen -yo los entiendo- pero también hay que ver que hablan desde la perspectiva desde la cual para ellos es natural ver el mundo y de esa manera ven el estado de las cosas como algo natural. Lo que se discute es si eso es tan natural o si puede trabajarse, como se está haciendo en el mundo, porque hay mucha experiencia acumulada, mucha investigación y mucho elaborado sobre que se puede hacer de esa manera.

Las cifras que mencionó recién el doctor Hugo Cohen son absolutamente patéticas en relación con la gente que queda sin atención, ya no solamente sin prevención o sin rehabilitación sino sin atención básica, y están demostrando que esa atención básica no se puede cubrir en ningún país con hospitales monovalentes.

La mayor parte de la gente esa atención básica solamente se la puede cubrir con sistemas comunitarios de atención metidos en el tejido social, allí donde la gente vive, muere, crece, se enferma, es feliz y hace interacciones y produce ciudadanía. Por lo tanto, si yo fuera en este momento -como fui en aquella época- director nacional de Salud Mental, estaría totalmente de acuerdo con que esta ley se aplique y se desarrolle, y que a partir de allí se siga el camino.

Sra. Presidenta. — Gracias, doctor.

Si bien la senadora Fellner se encuentra acá, quiero hacer la siguiente aclaración. Efectivamente, hay tres personas que han concurrido y que ya estuvieron en la Comisión de Salud: el licenciado Mariano Martínez de Ibarreta, el doctor Vicente Galli y el doctor Jorge Ghilardi. Esas tres personas estuvieron en la Comisión de Salud.

- Manifestaciones en el salón.

Sra. Presidenta. — Me dicen que alguno no vino. Yo solamente tengo el listado.

Quiero aclarar esto porque, si no, queda como que yo no he cumplido con la palabra adelante de mis colegas.

El doctor Martínez Ferreti fue invitado por la Comisión de Justicia, no por la de Legislación General, porque este es un plenario de tres comisiones.

Con esto, senadora, dejo debidamente aclarado que no he incumplido absolutamente en nada la palabra empeñada y el compromiso que asumí. Fueron invitados por la Comisión de Justicia, no por la de Legislación General.

Me gusta dejar las cosas claras, porque cuando empeño mi palabra me gusta cumplirla.

Sra. Fellner. — Gracias, señora presidenta.

Sra. Presidenta. — Tiene la palabra la doctora María Graciela Iglesias, jueza del Tribunal de Familia de la Provincia de Buenos Aires, quien ha sido propuesta por el senador Calcagno y Maillman. Sería la última oradora sobre el tema de salud mental; a continuación pasaremos a tratar el tema de medicina prepaga.

Bienvenida, doctora.

Sra. Iglesias. — En realidad creo que estoy en doble carácter, porque en realidad ejerzo la docencia desde hace más años de que soy jueza.

Sra. Presidenta. — Está bien. El senador la ha propuesto en ese carácter.

Sra. Iglesias. — Está bien.

En realidad lo que yo puedo decir es desde el acompañamiento que vengo haciendo desde hace más de 20 años con las personas con sufrimiento mental.

Sin perjuicio de la valoración que cada una de las profesiones tiene y de la igualdad de saberes en relación a encontrarse con una persona con sufrimiento mental, lo que yo he vivido son las tropelías y las consecuencias en un procedimiento de internación que yo misma he firmado: la falta de garantías que se tienen en el campo penal y que no se tienen en un procedimiento que es por causa de salud y el tratamiento de exclusión, de superioridad y de asimetría entre unos y otros, en los que me incluyo, porque mi carácter de jueza implica la decisión, y muchas veces esa decisión no escucha, no ve y no representa la decisión de las personas.

Este país acaba de adherir a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, lo cual nos responsabiliza dentro de los que es el orden público internacional. Esa Convención, en su artículo 12, establece que todas las personas tienen capacidad jurídica, porque se modifica el modelo de sustitución, de protección, por un modelo social que establece que la discapacidad es nuestra, que la discapacidad está en la sociedad que no incluye, que no quiere ver, que no puede ver y que no se puede comunicar.

En 20 años he pasado por distintos caminos, entre ellos he sido defensora, y muchas de las personas que yo atendía aprendían cómo iba a ser una pericia psiquiátrica y se lo informaban al otro.

Ahora yo puedo decir cómo se toman los cinco puntos de una pericia psiquiátrica, a tal punto que una vez que dejé mi cargo de defensora -y también había trabajado en salud mental como abogada particular-, en mi carácter de jueza solicito que además de los cinco puntos establecidos por el Código de Procedimiento Civil los profesionales tengan que establecer qué se hace con eso. Porque la cuestión es que se es persona independientemente del diagnóstico que se tenga o se es un objeto de dominio de los saberes de todos nosotros.

Está la familia que no puede porque un día la vida cambió a partir de ese brote psiquiátrico y no le es fácil encarar el mundo porque todos disponen.

En su momento les he preguntado a mis defendidos por qué razón no sabían de su diagnóstico psiquiátrico, por qué no preguntaban por el diagnóstico que tenían, y me decían que cuando preguntaban la respuesta que les daban era que tenían un problema de nervios. Porque se supone que la persona no tiene la posibilidad de entender que padece un diagnóstico psiquiátrico, y con eso se resta una garantía constitucional, que es el derecho a saber qué se tiene, el derecho a saber qué se es, el derecho a la propia identidad.

El Estado se ha responsabilizado frente a la honra, a la integridad, a la personalidad jurídica que establece el artículo 3° de la Convención de los Derechos Humanos; entonces el Estado, representado por todos nosotros, está en deuda.

El encierro ha probado que no es la solución.

Yo me despojo de mi carácter de juez. Vengo con el mandato y la autoridad que me da el haber compartido durante 20 años: desde un cumpleaños, estar cama por cama.

El viernes estuve en el hospital psiquiátrico. Las personas me llevan de la mano para que vea las condiciones y me digan en el oído: “Sacame, porque estoy hasta las manos”. Esto es lo que le dice una persona que esta retroalimentando el sistema, que se compensa, sale de la externación, pero afuera como las casas de medio camino brillan por su ausencia, las casas de convivencia no se articulan, las posibilidades de centros de atención primaria donde se puedan acudir y una red socio-sanitaria no están, lógicamente, se vuelve a descompensar.

Yo no soy ni siquiera cercana a la medicina; sin embargo, cuando vienen a mí, me doy cuenta que está próximo a una crisis, pero muchas veces no sé cómo parar, porque mi calidad de juez solo puede ordenar, y lo que ordena es una medida restrictiva a la libertad y a la persona. La consecuencia que por ahí no se ve —y que yo tengo que firmar, ya que no tengo una ley que posibilite otra cosa— es que estas personas no se pueden casar, pierden sus hijos, el curador decide por él. Hay curadores muy buenos, hay otros que sobreprotegen y otros que abandonan, pero nosotros tenemos que aplicar la ley; y si no, somos artesanos entre la Constitución y el derecho interno.

Yo no discuto del saber médico; sé que la medicación es una herramienta necesaria, pero en mi experiencia de tantos años —codo a codo con la gente— es que cuando hay amor, no hay pobreza, hay contención y no hay miedo, las personas tienen la posibilidad de ser. Por eso, hoy dudé mucho de venir acá, porque los jueces no estamos para venir a estos lugares, sino para los nuestros. En cambio, dije que es un momento histórico, y la responsabilidad hace que me presente, que haya hecho este viaje alocado en la ruta, y les diga lo que yo sé, ya que de esto nadie me va a poder decir que no.

Tengo la suerte de ocuparme del caso todos los días. Frente a eso, ni médicos, ni legisladores, ni otros jueces sino la persona. A ellos me debo, por ellos juré, y por eso vine. Por lo tanto, es el momento de aceptar que se necesita un cambio. Los jueces estamos dictando sentencia de capacidad gradual, pero no alcanza cuando se violan todas las garantías, cuando se allanan las casas, cuando la persona dice: “Yo no soy un delincuente, ¿por qué me llevan así?”, y como no hay un equipo que vaya a buscarlo, yo, María Graciela Iglesias, firmo una orden de internación por el Artículo 482 del Código Civil, porque en ese momento requiere de atención y de una medida extrema.

Sra. Presidenta. — La felicitamos, porque nos hemos quedado sorprendidos por sus manifestaciones. Le agradecemos el esfuerzo de venir a esta hora.

Personalmente, pienso que todos los ciudadanos tenemos que construir la Argentina desde el lugar que nos toca, y que vengan los jueces es muy importante, porque escuchamos otra óptica y otro perfil.

Tiene la palabra el doctor Eduardo Grande, presidente de la Asociación Argentina de Salud Mental; ex jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos, doctor Teodoro Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires.

Sr. Grande. — Tengo 45 años de experiencia de campo de trabajo; no tengo experiencia de escritorio. He oído muchas muletillas desde hace 45 años: no hay medicamentos, no hay camas, no se puede internar, este paciente es crónico. En realidad, las cosas no son tan así.

Yo pertenezco a un servicio hospitalario que tiene consultorios externos de adultos, infantojuvenil, estimulación temprana, hospital de día, turno mañana y tarde, hospital de día de adicciones, y un movimiento de pacientes que diariamente es muy alto, que llega a superar a Promoción y Protección de la Salud, que es el otro equipo de trabajo que son los que van a las escuelas y vacunan a todos los chicos. Por lo tanto, nuestro trabajo es muy alto, desde el punto de vista estadístico.

Como ustedes se darán cuenta, aquí nos conocemos entre nosotros, y cuando nos oímos, escuchamos cosas que, desde el punto de vista de las charlas que hacemos en reuniones privadas, no son tan así. La Ley de Salud Mental viene a cumplimentar algo esperado, que tiene que suceder. La Asociación Argentina de Salud Mental la apoya ampliamente sin ningún tipo de modificaciones, y esto hace que dé la posibilidad de tener una ley del país. El equipo interdisciplinario de trabajo formado por médicos psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, hace que dé la posibilidad de lograr un objetivo de atención al paciente.

Nuestro país tiene 10 millones de pacientes potenciales de atención anual, es decir, el veinticinco por ciento de la población no está cubierto ni protegido con ninguna ley de salud mental. Apuntar a lograr una ley que dé esta posibilidad de trabajo, generaría —para el sistema asistencial— una oportunidad única en su tipo. Ustedes tienen en sus manos una gran posibilidad de quedar históricamente que se apruebe esta ley de salud mental.

Sra. Presidenta. — Tiene la palabra la señora Liliana Cabrera.

Sra. Cabrera. — Sinceramente, es muy fuerte esto, porque no pensamos, los usuarios y familiares, que se estaría debatiendo un tema de suma importancia y de tanta necesidad. Sé que hay mucha gente de años de trayectoria. Si bien respeto la ciencia, y a cada uno de ustedes, tiene que ver un poco estos 40 años de trayectoria de muchos de ustedes para que la salud mental hoy esté de esta manera, es decir, con veinticinco mil personas internadas y con 10 millones de personas que no tenemos acceso a la atención, a poder conseguir un turno. Esto habla claramente que necesitamos urgente una ley de salud mental.

Mi experiencia es de 55 años de vida, pero 15 son de lucha por conseguir atención de salud mental para una hija que a los 13 años empezó a complicarse y que a los 29 años recién logramos conseguir un espacio donde se atiende, en un centro de atención primaria, donde hay psiquiatras, porque son necesarios. Necesitamos a cada uno de los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapistas ocupacionales o cómo se les diga, no importa; reitero, los precisamos. Y también necesitamos estar nosotros, porque yo soy parte de esa familia que estuvo afectada y mi hija es parte fundamental de esta situación de enfermedad. Entonces, es necesario que estemos todos.

Yo no puedo comprender cómo hay gente que utiliza discursos tan convencedores. La oposición a esta iniciativa viene desde hace rato. El primer cauce de oposición que escuché fue que había gente que no había sido convocada, cuando en realidad, yo estuve con las personas que dijeron eso en el año 2008 en la provincia de San Luis, que eran los doctores Pellegrini, Stagnaro y Di Nanno. Ya en el 2008 se estaba hablando de esta ley. Luego, se dijo que no

habían sido convocados.

Después, se habló de las incumbencias. ¿El problema son las incumbencias o el problema es el poder que se ejerce sobre nosotros? Y cuando queremos decir “acá estamos, escúchenos, porque lo necesitamos y porque la gente está mal; la gente está encerrada, atada, violada, muerta de hambre y maltratada”, nos dicen que nos callemos la boca. Se ha mencionado la siguiente frase: “no utilizar la medicación como castigo”. Eso no se puede discutir. Todos ustedes saben, los que estén a favor o en contra, que este es un tema que no se puede discutir.

Esta semana empezamos a escuchar que la oposición está pensando en las familias y en los usuarios. Nos sorprendió, pero también nos da miedo. No tengo tiempo para contarles —ustedes lo deben saber— cómo está cada persona en un neuropsiquiátrico internado o en su casa. Pero lo que sí voy a hacer es pedirles a los señores senadores que por favor piensen, tomen conciencia y miren porque esto es algo que está visible, ya no está más escondido y todos conocemos cómo está esto. Los señores senadores están para legislar para la comunidad, para la sociedad y para nuestro bienestar. Por lo tanto, esperamos y confiamos en que así ocurra.

Sr. Pellegrini. — He sido aludido. Le quiero preguntar de dónde salió esa información. Me opongo absolutamente a lo que ha dicho la señora.

Sra. Presidenta. — No, ella ha dicho que ha estado en San Luis, nada más.

Sr. Pellegrini. — Y que habló conmigo.

Sra. Presidenta. — No escuché que ella dijera que hubiera hablado con usted, doctor Pellegrini.

Señora Cabrera: ¿puede aclararnos, por favor, lo que ha dicho? El doctor Pellegrini le pide que lo aclare.

Sra. Cabrera. — En agosto de 2008 estuvimos en una reunión donde yo participé también. En ese momento, en una de las mesas se estuvo conversando el tema. Yo fui parte también, si bien no de la intervención específica, sí se estuvo hablando de esta cuestión. Esa información existía desde antes de que la oposición dijera: “a mí no me informaron”.

Sra. Presidenta. — Tenemos que entrar al tema de Medicina Prepaga, que no puedo dejar de ponerlo en tratamiento porque si no logramos hoy sacar el dictamen pertinente, cae la sanción de la Cámara de Diputados.

Tiene la palabra la doctora Laura Dolores Sobredo.

Sra. Sobredo. — Deseo agradecerle, señora presidenta, por dejarnos esta otra parte de la intervención desde el CELS. Voy a ser lo más breve que pueda, teniendo en cuenta las dos últimas intervenciones.

Les pido a los señores senadores y a los asesores que hoy están aquí presentes que recuerden que ese dato que se nombró de las 25 mil camas, son 25 mil personas. El 80 por ciento de ellos hace más de un año que están internados.

Hemos reseñado en el informe “Vidas Arrasadas” del CELS, las graves violaciones a los derechos humanos que suceden dentro de los hospitales psiquiátricos. Los prejuicios que existen sobre la práctica psiquiátrica, sobre la medicación y sobre la internación en los hospitales monovalentes tienen origen en la realidad. Lo digo como médica, como psiquiatra, como miembro de un organismo de derechos humanos y como docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Esta ley refleja con gran claridad la ampliación de derechos de las personas más vulnerables. Sabemos que los derechos humanos son indisolubles. Por supuesto que hay que

discutir la situación de los trabajadores de la salud mental, pero no podemos poner esto en un nivel de igualdad con lo que la jueza de Mar del Plata recién nombraba como “las tropelías”. Todos sabemos que esto sucede y que, en este momento, mientras estamos aquí discutiendo, hay personas sedadas, atadas y golpeadas; hay personas que han fallecido y sus muertes no fueron investigadas. Este es el eje central de la discusión y, en este sentido, esta ley es un avance.

Quedan muchos asuntos para discutir, pero les pido que tomen esto en consideración y que, por supuesto, realicen todas las lecturas que consideren necesarias. Asimismo, les solicito que le den la oportunidad a esas personas de tener una vida digna y que nos den la oportunidad a los trabajadores del campo de la salud mental para dejar de ser los que cerramos puertas, los que atamos personas y los que sedamos gente; así nos podemos volver a dedicar a lo que nos llevó al ejercicio de esta profesión, que es aliviar el sufrimiento.

Sra. Presidenta. — Damos por concluido el debate del tema de salud mental.

Quiero poner en consideración de los señores senadores el expediente CD 62/08 sobre Medicina Prepaga.

Los temas de salud mental y de medicina prepaga se han tratado en la Comisión de Salud y Deporte.

— *El señor senador Cano realiza manifestaciones fuera del alcance del micrófono.*

Sra. Presidenta. — Respecto del tema de salud mental, hay dictamen de la Comisión de Salud y Deporte.

El tema de Medicina Prepaga caduca. Por eso, es importante que lo tratemos. Si nos ponemos de acuerdo y, en general, compartimos, después las disidencias en particular del dictamen las discutiremos en el pleno.

Sr. Cano. — Hay una propuesta de tomar como base el proyecto de dictamen que se realizó en virtud de la visita del ministro la semana pasada. Para el proyecto sin modificaciones, ya contamos con seis firmas del bloque del oficialismo. Ahora bien, los que planteen hacer modificaciones parciales a la norma, pueden firmar en disidencia parcial, de manera que unifiquemos un dictamen y veamos en el pleno si acordamos cuáles son los puntos a modificar.

Sra. Presidenta. — Yo tengo disidencias en particular, así que estamos acompañando en general para que pueda bajarse el tema al recinto y no caduque.

Sr. Cano. — Así tendremos un solo dictamen, sin modificaciones, como viene la sanción de la Cámara de Diputados, y con disidencia parcial...

Sra. Presidenta. — Con disidencia parcial en mi caso.

Sr. Cano. — Ya está firmado. Se aprueba en general y se busca...

Sra. Presidenta. — Se busca el consenso para la diferencia de los artículos en particular.

Sr. Cano. — Conceptualmente, es lo que planteó el ministro.

Sra. Presidenta. — A mí me preocupan las pequeñas prepagas. Pero si hoy sacamos el dictamen de esta manera, después podemos reunirnos y tratar de llegar a algún acuerdo.

Tiene la palabra la señora senadora Bortolozzi.

Sra. Bortolozzi. — ¿Cae solo el dictamen o también el proyecto?

Sr. Cano. — No, el proyecto vence en febrero. La idea es unificar un dictamen porque todos estamos de acuerdo en votar en general el proyecto.

Sra. Bortolozzi. — Les pido que recuerden todos los señores senadores que presenté un proyecto de prórroga de ordinarias, que es totalmente legal, y nadie me dio bolilla. Necesitamos prorrogar las sesiones ordinarias.

Sra. Presidenta. — Mañana lo podemos votar, señora senadora. En ese caso, podríamos sacar muchos más proyectos.

Sr. Cano. — Queda a disposición de los señores senadores el proyecto de dictamen para la firma.

Sra. Presidenta. — Damos por finalizada la reunión del día de la fecha.

— *Es la hora 19.19.*