



REPÚBLICA ARGENTINA
VERSIÓN TAQUIGRÁFICA
CÁMARA DE SENADORES DE LA NACIÓN

REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD Y DEPORTE

Salón “Arturo Illia” — H. Senado de la Nación

1° de diciembre de 2009

Presidencia de la señora senadora Giri

— *En el Salón Illia del Honorable Senado de la Nación, a las 17 y 24 horas del día martes 1º de diciembre de 2009:*

Sra. Presidenta (Giri). — Vamos a continuar con el trabajo iniciado en relación a la consideración del proyecto de ley sobre salud mental, llegado de la Cámara de Diputados, con media sanción.

Como es costumbre en esta Comisión, en determinados temas de esta envergadura e importancia, se convoca a los sectores involucrados. Se escuchan voces y opiniones calificadas.

Hoy vamos a hacer la segunda reunión en este sentido, si bien no hay quórum de la propia Comisión. Los martes suele haber inconvenientes, porque, a veces los vuelos u otros trabajos de Comisión impiden lograr quórum. Pero, esto no nos impide que lo mismo podamos hacer y desarrollar el inicio de esta reunión. Algunos señores senadores nos han avisado que están en camino.

De la importancia del tema, no voy a hablar mucho más que lo planteado en la reunión anterior, en el sentido de la comprensión acabada de la necesidad de una ley de salud mental que sea el marco que contenga y contemple todas las aristas y perspectivas de un tema complejo, pero al que tenemos que buscarle una solución, entre todos los que nos sentimos involucrados en este sentido.

Llegó la señora senadora Parrilli. Le damos la bienvenida. Ya estamos con quórum para poder funcionar.

El martes pasado, hemos escuchado siete distintas voces, opiniones, desde diferentes escenarios. Hoy vamos a intentar continuar con el compromiso que asumimos con quienes hoy nos van a acompañar.

La metodología es que cada expositor haga uso de la palabra durante diez minutos. Les pedimos que no más. Sabemos que es un tema como para hablar *in extenso*. Pero, no disponemos de más tiempo. Y, a lo largo de los años de funcionamiento, hemos comprobado que es un tiempo que nos ha permitido acercar posiciones y expresar lo que cada uno tiene para decir.

Vamos a iniciar la reunión con miembros de OPS. Nos están visitando el doctor Hugo Cohen y el doctor Isaac Levac.

Después, los señores senadores presentes, en la medida que lo necesitemos, les haremos preguntas a los expositores.

Sr. Cohen. — Buenas tardes a todos. Nuestros respetos a los señores senadores y a todos los presentes.

Quiero fundamentar brevemente, lo que ya es público, que es la opinión favorable de la Organización Panamericana de la Salud, respecto a este proyecto que tiene media sanción de Diputados.

Disculpen la rapidez y la brevedad, pero será para ajustarme a las formas de este importante recinto.

De acuerdo con los principios de nuestra directora, Mirta Roses, nuestra organización está basada en la lucha contra la iniquidad y contra la injusta distribución de la riqueza. Hay un pacto en salud entre las comunidades, que es un principio y un eje básico de trabajo.

En primera instancia, los estudios realizados a nivel mundial —de los que nuestra región también es partícipe— indican que la carga de enfermedad tiene a los problemas de la salud mental como su expresión más significativa. Cerca del 15 por

ciento de las enfermedades están representadas a través de los trastornos neuropsiquiátricos, es decir que hablamos de problemas: emocionales, depresiones, alcohol, drogas ilegales, demencias, epilepsias, psicosis. En segundo lugar, se encuentran ubicadas las lesiones y en este último grupo podemos identificar —si queremos y entre otras— las que tienen origen en el alcohol, que es un componente que promueve situaciones de violencia. Por lo cual la primera tajada podría ser engrosada, pero dejémoslo en este plano. En tercer lugar el HIV. Es decir que estas son las tres primeras problemáticas que generan desafíos a nivel mundial.

Lo interesante es que en nuestra región, en Chile, para ser más precisos, también han tenido la posibilidad de hacer este estudio. En este sentido, el año pasado estuvimos con la ministra del hermano país, quien nos manifestó que la primera causa de carga de enfermedad, manifestada en un 25 por ciento de los casos, corresponde al alcohol y a la depresión. Por lo tanto, el principal problema de la salud —no de salud mental— está relacionado con los trastornos mentales.

Por su parte, Perú acaba de finalizar el mismo estudio y el resultado obtenido muestra que un 19 por ciento de casos son llevados —diciéndolo de manera irónica— por los trastornos mentales como principal factor.

No podemos extendernos en nuestra explicación. Las estimaciones nos indican que en la región 31 millones de personas estarían afectadas por depresión e igual cifra por alcohol. Entonces, encontramos que el alcohol y la depresión son los primeros generadores de problemas en la salud mental y en la salud en general. El alcohol es el principal factor de riesgo para la salud en la región por encima del tabaco y está presente en aproximadamente 60 enfermedades. Esto es muy importante que sea señalado.

Por último, dentro de esta rápida mención se encuentra el abuso de drogas ilegales —difícil de establecer porque se trata de un ilícito, sin embargo el alcohol es una droga legal— estimado en: personas afectadas por el alcohol 31.100.000 y por las drogas 5.000.000. Pero cuando consultamos en los diversos países, pareciera que el problema del alcohol no existiera y que, por consiguiente, la problemática estuviese principalmente relacionada con las drogas ilegales, que sabemos que representan un problema; pero el de las personas que padecen por alcohol —en cifras— es seis veces mayor.

A través de los estudios que realiza nuestra organización se muestra, en general, que el presupuesto de nuestros países para la salud estaría —aproximadamente— en un 1,5 y un 2,8 por ciento. De acuerdo con los primeros datos que tenemos, nuestro país no se encuentra ajeno a esa proporción. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud recomienda que se destine para la salud mental un 8 o un 10 por ciento del total del presupuesto de Salud.

De todos modos, nosotros hacemos una aclaración: si bien el presupuesto es bajo, porque corresponde al 2 por ciento del total de presupuesto de Salud, ese 2 por ciento son muchos millones de dólares, reitero: millones de dólares por año. Como bien sabemos, entre un 70 y un 90 por ciento de ese dinero se destina a los hospitales psiquiátricos, quedando poco y nada para los servicios y sistemas de salud mental. Esta información ha sido suministrada por los estudios realizados. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud plantea la necesidad de un doble trabajo, de un incremento real del presupuesto destinado a salud mental y simultáneamente una reconversión del presupuesto destinado —el que actualmente se destina a la salud

mental— a servicios basados en la comunidad: hospitales generales, centros de día, centros comunitarios, etcétera. Es decir, incremento del presupuesto pero también reconversión de lo que hay en la actualidad y que debe desarrollarse de otra manera.

Perdonen por la premura; de manera sintética explicaré que este análisis de la Organización Mundial de la Salud nos conduce a fin de que nos planteemos una brecha entre esta carga de enfermedad tan significativa —de la que ya habíamos hablado—, la cantidad de personas que la padecen y los servicios existentes. Y esa brecha es enorme. En este sentido, convoca a comenzar a salvarla y a reducirla para permitir el acceso a servicios de salud mental a todas aquellas personas que tienen este tipo de padecimientos.

En concreto, en los países desarrollados entre un 35 y un 50 por ciento de las personas no acceden al tratamiento, mientras que en nuestra región las cifras parten de un 76 hasta un 85 por ciento. En términos sencillos esto significa que en Latinoamérica es un hecho casi excepcional que quien tiene un padecimiento o trastorno mental reciba un tratamiento adecuado. Por lo tanto, esta es la principal preocupación de la organización.

El siguiente orador, el doctor Levav, será un poco más explícito sobre la recomendación que queremos dejar, es decir, la transformación de los servicios que hoy basan sus prácticas en hospitales psiquiátricos por una inclusión activa de la salud mental dentro de los temas de salud pública, a fin de que esta problemática sea atendida igual que cualquier otra.

Por otro lado, sabemos que no es fácil y que conlleva de fondo una problemática de cambio cultural con toda la carga que eso significa, es decir, los años y los tiempos que esta dimensión trae en sí misma. Pero queremos hacer una aclaración, ya que muchas veces este asunto ha generado interpretaciones no acertadas. En relación con la desinstitucionalización, pareciera ser que la Organización Mundial de la Salud propone cerrar los hospitales psiquiátricos para reducir la brecha. Eso sería realmente una grosería y una aberración. Entonces, nosotros queremos definir qué no es desinstitucionalización. Si me permiten leer, desinstitucionalización no es dejar a las personas con trastornos mentales liberados a su destino, no es dejarlos desamparados en la calles, no es el aprovechamiento económico de los espacios físicos que ocupan ni la venta de terrenos, no es la reducción del número de camas de internación sin brindar respuestas alternativas para el tratamiento y la rehabilitación ni un planteo antisiquiátrico. En efecto, tampoco significa enviar a las personas con trastornos mentales a las prisiones, a los hogares de ancianos o sus equivalentes. No es idealización de la locura ni el desconocimiento de los avances científicos, tecnológicos y legales, pero tampoco es una postura antipsiquiátrica. En ese sentido, quiero decirles que quien les habla es psiquiatra, especialista en Psiquiatría, al igual que el doctor Isaac, que luego se presentará.

¿Qué muestran los estudios y las experiencias de los países más avanzados en el mundo? ¿Cómo han podido comenzar a reducir esta brecha? Entre otras soluciones, capacitaron al personal de salud de los hospitales generales y de la atención primaria. Un sanitarista prestigioso como el profesor Goldberg demostró que en los países que han podido avanzar en estos sistemas llamados “de la comunidad”, de 40 personas que llegaban a los centros de salud mental, en el 80 por ciento de los casos se podía resolver en el primer nivel de atención y sólo un 20 por ciento era derivado al sistema de

atención psiquiátrica; de estos últimos, sólo un 20 por ciento necesitaba hospitalización mayor de nueve días.

Citamos este ejemplo a fin de demostrar que si los números nos dan bien, sólo el 0,5 por ciento del total de las personas que se acercan a la atención primaria necesitan hospitalización mayor de nueve días. Esto significa que no debemos organizar los sistemas de salud mental en base a camas, sino en función de una estrategia absolutamente más compleja y diversa. En definitiva, no debemos organizarlo en base a una excepción del 0,5 por ciento.

Por lo tanto, capacitar al personal de los hospitales generales es el desafío porque, por supuesto, en la actualidad, no tienen esa capacitación, ya que las urgencias no son atendidas. Esta es la única especialidad que no es atendida por los médicos generalistas. Sin embargo, podemos presentar ejemplos en el mundo, como en Gran Bretaña, donde los *general practitioner* —entre otros trastornos— atienden las depresiones. Si observamos a los países de América Latina, encontraremos que en Chile la atención primaria es realizada por los médicos generales, que en forma satisfactoria atienden a las personas con depresión.

Por otro lado, las cátedras deben salir de los hospitales psiquiátricos; esto lo dice la Conferencia de Caracas de 1990, a la que también la Argentina ha suscripto. Asimismo, hay que actualizar la formación de los especialistas, ya que muchos de los colegas no han recibido la información adecuada y suficiente.

Para concluir, quisiera decir que la estrategia deberá lograr que esta transformación, que lleva su tiempo —y que, insisto, no está relacionada con el cierre de los hospitales, lo que lamentablemente sería muy fácil—, construya un sistema de salud mental superador al existente, para que una madre que tenga un hijo con esquizofrenia pueda elegir entre el hospital general y el psiquiátrico. Sólo de este modo tendremos la alternativa de la transformación: cuando un ciudadano tenga la posibilidad de elegir entre dos servicios alternativos. En todo lo demás creo que estamos de acuerdo, no tiene ningún sentido.

Y la última reflexión es que dentro de las dificultades -hemos analizado muchas, no las vamos a mencionar ahora-...

Quiero señalar un sólo aspecto. El país ha asumido compromisos. La República Argentina como tal ha incluido en su reforma constitucional todos los tratados y acuerdos internacionales y tienen fuerza de ley. Discúlpeme que en esta Cámara mencione esto que ustedes saben, pero necesito reforzarlo.

También la Argentina suscribió en el año 2007 en Nueva York, en la sede de las Naciones Unidas, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que abarca, incluso, a todas las personas con trastornos mentales de las cuales hemos estado hablando. Y a su vez, recientemente, a fines de septiembre, en el 49º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud celebrado en Washington, todos los ministros de salud de la región, incluido el de nuestro país, han suscripto la declaración, el documento estratégico que se compromete con estas estrategias que acabo de señalar.

El último referente son los tres fallos de la Corte Suprema de Justicia argentina, que también dan fundamento a la necesidad de esta transformación hoy por hoy y de una complementariedad a la ley de una política -sabemos que una ley por sí misma no es garantía- que pueda hacer efectiva esta ley que ojalá pueda ser realidad, por la necesidad de los argentinos.

El homenaje vaya para la doctora Analía Broide, colega de 58 años, quien, trabajando el sábado a la mañana en Lago Puelo, haciendo lo que hizo durante treinta años de su vida dedicada exclusivamente a la salud pública —fue jefa del Servicio de Salud Mental del hospital de El Bolsón y fundadora en la época de la dictadura, donde no podía desarrollar esta actividad—, se sintió mal y murió. Era madre, abuela y un ejemplo para todos. Y ha demostrado que entre todos podemos encaminarnos en un camino distinto, ético y digno en la Argentina. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — El doctor Kohen tomó todo su tiempo, doctor Levav, pero lo vamos a escuchar.

Pido a los que después tengan que hablar cinco minutos, que se ciñan a ese tiempo.

Tiene la palabra el doctor Levav.

Sr. Levav. — El doctor Kohen ha expuesto la mayoría de los conceptos que voy a desarrollar. Si quedara tiempo al final me parece justo escuchar a los demás participantes.

Sra. Presidenta. — Lo escuchamos.

Sr. Levav. — Está bien.

Primero de todo quiero agradecer a usted por haberme invitado a estar hoy con la comisión.

La Organización Mundial de la Salud promueve en los países la adopción de un conjunto de instrumentos que guíen las acciones de salud mental de acuerdo con las evidencias científico técnicas para la salvaguardia de los derechos humanos. Todo esto se puede lograr de manera complementaria con la legislación, los planes de salud mental y los programas específicos. Cada uno de ellos tiene un rol.

La Argentina, que en el nivel nacional no cuenta con una ley actualizada según las evidencias científicas y el respeto por los derechos humanos, está, a mi juicio, dando un paso gigantesco en la dirección trazada por la OMS y endosada, a su vez, por los gobiernos en el marco del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

Este proyecto de ley que ustedes están considerando se apoya, a mi juicio, en los principios para la protección de las personas con trastorno mental y la mejora en la atención de la salud mental aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 17 de diciembre de 1991 y en el instrumento técnico conocido como Declaración de Caracas del 14 de noviembre de 1990. Las fechas son para tomar en cuenta hitos importantes y el tiempo que ha pasado desde entonces.

La Declaración fue adoptada posteriormente por el Consejo Directivo de la OPS con la activa participación de este país y fue cristalizada en la resolución conocida como CD 40/19 de 1997.

Cabe destacar que este proyecto de ley, si bien no lo cita, es animado por los mismos valores de derechos humanos del artículo 25 y otros de la Convención de los Derechos Humanos para las Personas con Discapacidad de 2007 que fuera ratificada por la Argentina.

Si hubiera, entonces, objeción a algunos de estos derechos y consideraciones, se violarían compromisos internacionales de la Argentina que tenemos que dar por descontado que fueron evaluados concienzudamente por las autoridades antes de comprometer sus firmas.

Permítanme hacer sólo dos consideraciones de las varias posibles que fueran analizadas en el informe mundial de la salud de 2001.

Cabe admitirlo, tenemos problemas en nuestra área de acción en salud mental.

Primero, las sociedades y gobiernos aún no reconocen enteramente la abrumadora carga de los trastornos mentales y no se han desarrollado políticas ni programas que intenten reducirlos. Tanto es así que suman tanto las personas que reciben atención como las que la necesitan y no la reciben. Esta brecha es costosa en términos emocionales y económicos y esta ley viene a salvarla.

De paso permítanme hacer notar un hecho curioso. Quienes objetan la atención en comunidad olvidan que la comunidad continuamente alberga en su seno a personas con trastornos mentales no tratadas. Por el contrario, quienes favorecen la atención en la comunidad justamente tienden a programar acciones que lleven a reducir esa carga no tratada.

Segundo, otro problema lo constituye el estigma hacia las personas con trastornos mentales, incluidos la familia, las instituciones y a veces los profesionales.

Parte del estigma público y privado se genera en los conocidos como hospitales mentales o manicomios. Estos generan estigmas por razones varias, desafortunadamente; incluso, por violaciones llevadas a cabo en los mismos. Lamentablemente los hay, aunque nos duela reconocerlo, tanto en países industrializados como los que están en desarrollo.

Las convenciones tienen como objeto poner fin a las violaciones y este proyecto de ley recoge esa intención.

Si me permiten, quiero señalar algunos aciertos de esta iniciativa que permitirían, a posteriori, formular un plan nacional de salud mental de avanzada y desarrollar programas de acuerdo con las mejores evidencias científico técnicas producto de la investigación y no sólo basadas en la tradición y observaciones no confirmadas.

El proyecto reconoce a las adicciones como trastornos mentales que requieren atención. Esto es un avance en tanto el alcoholismo, por ejemplo, hace estragos en la salud de nuestra población.

También establece lo que se denomina abordaje interdisciplinario en tanto reconoce que los trastornos mentales tienen origen en causas biológicas, psicológicas y sociales. Y de ahí, la respuesta compleja en todas estas áreas.

Explicita claramente la comunicación entre las autoridades judiciales y los expertos profesionales, ya que la atención psiquiátrica requiere, en algunas oportunidades, la restricción de la libertad.

Establece que la asignación presupuestaria debe ser conmensurable de acuerdo a la carga de los trastornos mentales. Podemos aspirar a un porcentaje mayor, pero el que establece este proyecto de ley es otro paso gigantesco adelante.

El artículo 33 es un paso necesario frecuentemente soslayado en las legislaciones de los países. Se refiere a la formación del personal en las universidades.

Frecuentemente los programas universitarios omiten otorgar al sector de salud mental la importancia que tiene o la formación es inadecuada para atender las necesidades de nuestras poblaciones.

La importancia de este artículo es capital. A nadie se le ocurriría poner en uso una flota de aviones sin que los pilotos estuvieran preparados para volar tanto en tormenta como en cielo sereno. Sin embargo, nuestras universidades lo hacen.

Por último, propone un órgano de revisión cuyo fin último es asegurar que nuestras poblaciones reciban por parte de los profesionales bien capacitados una atención respetuosa de sus derechos a la salud.

Por todo, son tantos los méritos de este proyecto de ley que logran superar las omisiones que un ojo muy crítico pudiera encontrar. Es de confiar, entonces, en que el presente inmediato y el futuro algo más remoto permitan a la Argentina convertirse en el líder que aún no es, ya que posee la inteligencia y los recursos para que así sea.

Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Invitamos a hacer uso de la palabra al presidente de la Asociación de Médicos Municipales, doctor Gilardi.

Sr. Gilardi. — Buenas tardes señora presidenta, senadores, invitados todos.

La Asociación de Médicos Municipales es una institución gremial, pero con un fuertísimo compromiso con las...

Sra. Negre de Alonso. — ¿Municipales de la Ciudad de Buenos Aires?

Sr. Gilardi. — Sí.

Sra. Presidenta. — Sí. Yo le voy a pedir disculpas al resto de los municipios de la Argentina, porque no hemos podido cumplimentar las invitaciones a todos los demás. De algún modo, es verdad que Dios hace más pasaditas por la Capital Federal. (*Risas.*)

Sr. Gilardi. — Sí, pero nosotros queremos que asistan a cada uno de los rincones de la Argentina, que nos está haciendo falta.

Aparte, aclaro que también hablo como profesor titular de Salud Pública y como director de la Escuela de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Sra. Presidenta. — Está bien.

Sr. Gilardi. — Entonces, quiero decirles que nosotros representamos a 10.500 médicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires pero también a 35.000 médicos de distintos sectores del país a través de distintos convenios.

¿Por qué hago esta aclaración? Porque esta Institución que tiene este tinte gremial tiene 74 años de trayectoria de defensa de la salud pública, y desde hace un tiempo venimos insistiendo fuertemente en que tenemos que tener una política pública de salud que esté por encima de los gobiernos.

A nosotros nos ha pasado que un mismo gobierno tenga distintos ministros y distintos secretarios, con distintas ideologías, y la verdad que la única ideología que tiene que tener la salud pública es la defensa del paciente, que es el eje central de cualquier programa de salud pública: de derecha, de izquierda, del centro y de arriba. Este es el primer concepto que queremos señalar sobre nuestra Institución.

Y, en defensa del paciente, nosotros creemos defender la equidad, la accesibilidad, la oportunidad del acceso, la asistencia, la protección, las convicciones, el compromiso del equipo de salud. Y digo “del equipo de salud” porque nuestra Institución defiende fuertemente las multidisciplinas. No hay asistencia a la salud si no hay multidisciplinas, y no hay multidisciplinas si no hay incumbencias. No hay orden, no hay equipo.

Nadie salva a un equipo, pero para eso cada uno tiene que saber el rol que juega en su equipo. Incumbencias y multidisciplinas. Multidisciplinas para una mejor calidad de atención.

Anotamos algunos puntos que los que saben más de este tema —los psiquiatras, los psicólogos, el equipo multidisciplinario— nos hacían mención sobre esta ley. Uno

de ellos es la palabra difícil: desmanicomialización o desinstitucionalización, que tan bien les salen a los psiquiatras. Esto nosotros lo vemos claro en el concepto cuando uno lee lo que decía recién el colega de la OPS, pero no está claro para nada en la ley. No hay plan de salud mental si no hay institutos neuropsiquiátricos bien plantados. Que haya que reformularlos no nos queda ninguna duda, quienes trabajan en eso nos lo dicen todos los días, pero también nos dicen que sería imposible asistir la salud mental y curar la enfermedad mental sin esos institutos. Ya no importa el 0.5, el 5 o el 4 por ciento; importa brindarle al paciente el lugar que el paciente merece, pero sin ningún lugar a dudas.

Ahí la ley tiene una falla enorme, y esto debe ser visto y corregido por los que saben bien del tema.

Lo vimos acá cuando se quiso hacer el triage con los institutos neuropsiquiátricos: un tercio a Desarrollo Social, un tercio a tal lado y un tercio al PAMI. Señores: esta es la Argentina de este momento. Todas estas situaciones hay que hacerlas dentro del contexto político, social y económico en el cual se está viviendo; entonces, si ese triage es imposible nosotros estamos desatendiendo al paciente. Y esto no significa tener encerrado al paciente; significa que en aquellos momentos en los que el paciente necesita la internación pueda tenerla. Por eso la defensa de los hospitales monovalentes y por eso la necesidad de la reformulación.

Veámos otros puntos en la ley, como el de la medicación, que hace algunas consideraciones que nos tocan fuertemente a quienes asistimos la salud. Para algo están las leyes del ejercicio profesional y la conciencia de los médicos, que a veces nos equivocamos, y para eso también están los juicios de mala praxis. La verdad que no se necesita una ley para enseñarle a medicar a quienes asisten la salud mental. Y si hay que poner algo en la ley habrá que hacerlo con el criterio del respeto de la profesionalidad y las leyes del ejercicio profesional, y les pido respeto por este concepto.

También vemos que la ley en todos los aspectos infanto—juveniles, de las adicciones, de la ancianidad y en todo aquello que en nuestra sociedad está creciendo fuertemente deja puntos flojos. Eso merece un tratamiento mejor; merece mayor profundidad.

Nosotros, senadores de la Nación, queremos una ley de salud mental dentro de una política pública de salud de Estado, con equidad, con igualdad, con accesibilidad y con oportunidades de acceso —por eso celebramos la forma de trato que tiene la Comisión de Salud del Senado—, y estamos absolutamente convencidos que esta ley que llega con media sanción necesita reformas; necesita mejorarse; necesita no ser una ley de la biblioteca sino ser una ley del paciente, y eso solamente se puede hacer con el consenso y el disenso de aquellos que han dedicado su vida a la asistencia de la salud mental y al tratamiento de la enfermedad mental. Así, sólo así, el paciente va a estar mejor asistido en salud mental.

Señora presidenta, señores senadores: muchas gracias. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Gracias, doctor.

Por el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, hablará el doctor Luis Alem, que es subsecretario de Derechos Humanos.

Sr. Alem. — Gracias, señora senadora.

En primer lugar queríamos agradecer por esta invitación. Nos parece que en el tratamiento de temas como el que hoy nos convoca es fundamental el debate, la discusión y el intercambio de ideas, y en ese sentido celebramos el proyecto de ley que

se está discutiendo, porque entendemos que este proyecto nace justamente de ese debate, de ese intercambio de ideas, y por eso desde la Secretaría de Derechos Humanos, que ha participado en todo el trámite previo a esta audiencia, estamos convencidos que el proyecto tal cual fue aprobado en la Cámara de Diputados viene a cubrir un vacío legal que era necesario e imprescindible llenar desde el Estado impulsando una política pública en materia de salud mental que tome a ésta como un bien público que el Estado debe garantizar, y ese es el objetivo fundamental de la ley.

Entendemos que esta ley viene a inscribirse dentro de lo que es —como alguno de los que me precedieron señaló— el nuevo bloque constitucional de derechos que tiene la Argentina. Ustedes saben que la reforma de 1994, al incluir —a través del artículo 75, inciso 22)— los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos con jerarquía constitucional, ha ampliado el campo de estos derechos, el reconocimiento de estos derechos, y al mismo tiempo ha establecido un sistema de obligaciones de nuestro país frente a la comunidad internacional; obligaciones que también alcanzan al campo de la salud mental.

Este proyecto de ley, que está inspirado en los principios de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, también, viene a cumplir con esas obligaciones que la Argentina tiene frente a la comunidad internacional; pero, fundamentalmente, frente a sus propios habitantes y frente a aquellos que necesitan ver garantizado su derecho al acceso a la salud mental, en términos equitativos; que no sea de un sistema que los prive de esos derechos, sino que los garantice; que no los discrimine por sus padecimientos, sino que los ayude a superarlos.

Celebramos que este proyecto de ley garantice esos derechos. Hay un capítulo donde ampliamente están descriptos y garantizamos. También, celebramos la interdisciplinariedad, que rige en este proyecto en materia de lo que es todo el proceso de intervenciones. Entendemos que la salud mental no es patrimonio de nadie, sino que debe ser abordada, necesariamente, desde un tratamiento interdisciplinario, donde todos aporten en pro de lo que es el objetivo final, que es la salud del paciente.

Desde la Secretaría, creemos que todo el sistema de refuncionalización de lo que, hasta ahora, eran los institutos de salud mental y todo el proceso de transformación, porque no se está hablando de clausurar y expulsar a los pacientes, sino de refuncionalizar el sistema, es un proceso necesario, que se inscribe en el campo del respeto a los derechos de quienes tienen padecimientos en su salud mental.

Aquí no se trata de que esas personas vean negados esos derechos, como lamentablemente, durante muchas épocas de nuestra vida institucional ha ocurrido, sino que desde el Estado se adopten todas las medidas necesarias para garantizarlos, incluso en los casos de padecimientos más severos.

Por eso, es bueno que el sistema de internaciones, a través de la reglamentación que establece la ley, sea restrictivo y la última medida y no la norma que siempre se deba seguir.

Creemos que este es uno de los mayores aportes que está haciendo esta nueva ley. En ese sentido, esperamos que su aprobación, como ha venido de la Cámara de Diputados, permita rápidamente que cumplamos con el deber de impulsar una política pública respetuosa de los derechos humanos en materia de salud mental. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Nos visita el doctor Jorge Pellegrini, quien ha obtenido el Premio Mundial en la Defensa de Derechos Humanos, en el ámbito de la psiquiatría. Este

premio se entrega cada cuatro años, por la Asociación Mundial de Psiquiatría. Es director del Instituto de Estudios Económicos, Sociales y Psicosociales de la Universidad de La Punta y vicegobernador de San Luis.

Sr. Pellegrini. — Señora presidenta: le agradezco mucho la invitación y la realización de esta reunión, que era una deuda pendiente que tenía este proyecto, que no estuvo precedido de la debida discusión democrática en todo el país, que este instrumento hubiera debido requerir.

De modo que felicito esta instancia y ojala desearía que se considerara que proyectos de esta envergadura requieren, necesariamente, de un amplio debate democrático, no sólo entre los que están de acuerdo, sino, particularmente, entre quienes no están de acuerdo.

Esta ley se anuncia como una ley de salud mental. Particularmente, se ha anunciado como una ley de carácter progresista. Llama la atención que, con estas aclaraciones, esta en esta ley de cuarenta y seis artículos, sólo medio artículo esté dedicado a hablar de la institución que corporiza en nuestra sociedad la vergüenza social del maltrato y la discriminación de los seres humanos que allí van a parar. Me refiero al manicomio. Este proyecto de ley dedica medio artículo en un lenguaje que, luego de leer dicho artículo, a uno le queda claro que en la Argentina, con una ley tan progresista como se anuncia ésta, los manicomios van a seguir existiendo.

Este proyecto de ley garantiza la continuidad de esas instituciones manicomiales que, como bien dicen los fundamentos, suman un centenar en nuestro país, y que son las instituciones violadoras de los derechos humanos por excelencia, en el campo de la salud. Dichas instituciones encuentran ese trato en este proyecto, que asimismo se anuncia como progresista.

La ley se anuncia como una ley de salud mental. En el artículo 1º dice: “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos”.

Ese artículo 1º, que es el que se le va a entregar a la Justicia para que este instrumento sea utilizado, muestra claramente que esta es una ley cuyo centro son los derechos de los pacientes. Por lo tanto, lo que se ha dicho hasta ahora respecto de las patologías, de los problemas de salud, etcétera, no tiene cabida aquí, hasta tal punto que invito a los presentes a que recorran todos los artículos que tiene la ley y busquen si en alguno dice la palabra enfermo o enfermedad. No existe en el texto. Se trata de un proyecto sobre derechos.

Antes de venir a esta reunión, preocupados como estamos por el tema de los derechos humanos de todos los argentinos, revisé la Constitución y los tratados internacionales que, por la reforma de 1994, han adquirido valor constitucional. La sola lectura de ese texto constitucional supera ampliamente el texto de esta ley que trata de preservar derechos.

Además, respecto del tema anterior, quiero decir que la experiencia desde 1993 en la provincia de San Luis, muestra que la institución manicomial es una institución sustituible, transformable y que con ella se puede y se debe terminar. No digo con el hospital público. Digo sí con esa modalidad violatoria, antimédica, inhumana y discriminatoria que sintetiza esa institución asilar.

En el artículo 3, se anuncia la definición. Si nos tomamos la molestia de leerlo, se verá que no se define nada respecto de la materia en tratamiento. Por lo que el objeto de la ley queda indefinido. Esto hace que el instrumento legal carezca de sustancia. Se

legisla sobre algo cuya definición se plantea por la negativa: “no es esto”, “no es aquello”. Entonces ¿qué es? Sin invadir terrenos ajenos, entiendo que, en el campo del derecho, una ley tiene que definir con exactitud sobre qué legisla.

Saltearé algunos temas para cumplir con el tiempo que me ha sido asignado, aunque tenía otros puntos que deseaba plantear. En relación con el artículo 8º, que habla de la interdisciplinariedad —este asunto representa uno de los avances más importantes que podemos tener en el campo de las ciencias y de las actividades académicas— ¿cómo se plantea aquí esa interdisciplinariedad? Encontramos las siguientes palabras: “profesionales, técnicos y otros profesionales”. ¿Quiénes son esos “otros”? No está dicho. Esto es grave porque genera consecuencias posteriores en la ley. ¿Quiénes son los “otros”? ¿Escribanos, arquitectos e ingenieros? Entonces, ¿quiénes componen la interdisciplinariedad? Por otro lado, ¿qué título habilitante de interdisciplinariedad emiten las universidades argentinas?

Esto no es algo secundario porque, después, en relación con lo interdisciplinario el texto manifiesta “y otras profesiones... y otros que garanticen la existencia de los distintos haberes en salud mental”. Pero, ¿cuáles son esos “distintos haberes en salud mental”? Porque desde el momento en que se definen estas cuestiones se define también la composición de las instituciones, es decir, quiénes las dirigirán esas y cuáles serán sus servicios, asimismo, quiénes atenderán a los pacientes y quiénes serán los profesionales legalmente responsables en un país donde los juicios por mala praxis representan una de las pocas industrias florecientes que quedan. Por lo tanto, reitero, ¿quiénes serán los responsables? Y ¿quiénes son esos “otros” ante el paciente, la familia, la institución y la ley?

Por otro lado, en el texto de la ley es habitual la utilización de un verbo: “promover”. Una ley que utiliza el verbo “promover” es escasamente dispositiva y su utilización parece más bien un saludo a la bandera que una definición precisa de orden legal y de política sanitaria. En este sentido, hay un artículo específico donde se plantea el tema de la internación de los “incapaces” —término que ya en cualquier disciplina que se precie de actualizada se ha dejado de utilizar; porque actualmente hablamos de las capacidades diferentes o de la discapacidad— que legisla sobre la internación de los incapaces. ¿Qué relación existe entre los incapaces con los enfermos mentales o la incapacidad es enfermedad? ¿Por qué motivo se genera esa confusión?

Desde mi punto de vista, estas cuestiones de carácter poco definido, es decir que falten las palabras “enfermedad” o “enfermo” —y a continuación me referiré a la recomendación del artículo 28 de la salud mental en los hospitales generales— me parece que —quizás sea exceso de sensibilidad— en la ley campea un prejuicio antimédico francamente preocupante.

El artículo 28 recomienda que la salud mental se atienda en los hospitales generales. Esto lo venimos escuchando hace 30 años, pero a continuación mencionaremos los resultados de esa recomendación de apariencia tan progresista. Los resultados demuestran que en la actualidad en la Argentina —y me baso en las estadísticas de los diez últimos años del Ministerio de Salud de la Nación— se ha logrado que la cronicidad que antes se encontraba alojada en los asilos, ahora se encuentre en los hospitales generales.

Entonces, en primer lugar, una ley de salud mental —si lo fuera esta— tendría que plantear las nuevas modalidades de asistencia de atención de los pacientes con enfermedades mentales, porque afirmo aquí que la enfermedad sigue existiendo y me

considero un hombre de ideas progresistas. Reitero: la enfermedad sigue existiendo. Por lo tanto, tendríamos que tener una ley de salud mental que ayude al conjunto de las instituciones sanitarias del país a acabar con la cronicidad que se fabrica en los asilos y no a disfrazar esa cronicidad metiéndola en los hospitales generales. Y me baso — insisto — en las estadísticas del Ministerio de Salud de nuestro país, de la Argentina — no sé cómo será en otros países —, donde con las primeras causas de cronicidad en los hospitales generales de la Argentina se rotula a los pacientes como “enfermos mentales”, con casi 400 días de internación para cada uno. Entonces pregunto: una ley de salud mental progresista ¿atacará el tema de la cronicidad o lo desplazará y lo disfrazará? Creo que debe terminarse con el tema de la cronicidad en nuestro país, cronicidad que no es causa inevitable ni causa fatal de la evolución de la enfermedad, sino del trato que reciben los pacientes en instituciones que maltratan y abandonan a quienes dicen atender.

¿Me queda un minuto, verdad?

Sra. Presidenta. — Su tiempo ha concluido. Sin embargo, ante su pedido, se lo concedemos.

Sr. Pellegrini. — Finalmente, quiero decir que a fines del mes de abril, en el Congreso Argentino de Psiquiatría, que tuvo lugar en la ciudad de Mar del Plata, hubo una reunión donde estuvimos presentes los responsables de las políticas de Salud Mental de toda la Argentina. En consecuencia deseo comentarles que este proyecto fue rechazado por parte de los responsables de las provincias por inconsulto y por su contenido.

Señora presidenta: Por consiguiente, quiero solicitar que se incorpore a la discusión el proyecto del senador Adolfo Rodríguez Saá, cuyo objetivo se centra en terminar con la “depositación”, con la institucionalización, e instalar formas de atención de los seres humanos enfermos mentales, ya que sobre la base de una experiencia de más de 15 años hemos demostrado que es posible que se reinserten socialmente. Sin embargo, este proyecto de ley poco tiene que ver con la reinserción social.

Y quisiera solicitarle, señora presidenta, que este diálogo, con las características que ustedes estimen necesario, pueda continuar de modo que las cosas puedan ponerse en su lugar.

Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Gracias a usted, doctor.

Para conocimiento de todos, hay cuatro proyectos en carpeta: el que vino con media sanción de Diputados, el del doctor Rodríguez Saá, el de la senadora Díaz y el de la senadora Perceval. O sea, no nos estamos moviendo solamente con un proyecto. Simplemente hice el marco general del tema en tratamiento, no de un proyecto en particular. Algunos se han referido al que tiene ya media sanción de la cámara baja por haber cobrado más estado público. Pero en realidad nosotros tenemos en cuenta los cuatro proyectos que existen en la comisión.

Invito ahora a hacer uso de la palabra a los miembros de la Asociación Argentina de Salud Mental doctor Eduardo Grande y licenciado Alberto Trimboli.

Les voy a pedir que dentro de lo posible hagan su exposición en cinco minutos, porque nos tenemos que ir a otras reuniones. Si fuera por mí los seguiría escuchando porque realmente son interesantes todas las perspectivas.

Tiene la palabra el doctor Grande.

Sr. Grande. — Señora presidenta: gracias por la invitación.

Soy médico psiquiatra infante juvenil. Tengo una trayectoria de cuarenta años en hospitales municipales. Llegué por concurso a la Jefatura en el Hospital General Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires -jefe de División-.

He escuchado a todos los presentes y las exposiciones me parecieron más que interesantes. Pero quiero aclarar que la Asociación Argentina de Salud Mental es la única que agrupa en forma interdisciplinaria a todos los profesionales de la salud mental, tanto a médicos como a psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicogerontes, infante juveniles. La gama es muy amplia.

Fue una experiencia muy interesante. Tenemos apenas cinco años de existencia con cuatro congresos y venimos por el quinto. Todos fueron exitosos porque estamos todos en el mismo nivel, cada uno con su incumbencia pero respetando el profesionalismo del otro y trabajando en común.

Y aquí mismo quiero hacer un pequeño planteo desde el punto de vista estadístico. Hay en el país alrededor de 5.000 médicos psiquiatras y 80.000 profesionales en el área de la salud mental con las profesiones que acabo de mencionar. O sea que la diferencia es significativa y muy marcada.

Siempre estuve al frente del servicio con las puertas abiertas y quiero aclarar que a pesar de que ya me jubilé —aunque sigo concurriendo al hospital— nuestro hospital general tiene veinte camas de internación. No tenemos crónicos, el giro cama es de cuarenta días, aproximadamente lo mismo que en el Hospital Piñeyro, que es de las mismas características. Tenemos hospital de día con turno mañana y turno tarde y de adicciones. Es dinámico y cuando se quieren hacer las cosas se pueden lograr a pesar de las dificultades que existen en el gobierno de la Ciudad.

Estamos muy de acuerdo con la interdisciplinaria y con la ley de salud mental. Tenemos una ley, un marco de referencia, algo legal a donde recurrir. Hasta ahora nos fuimos manejando siempre con experiencias personales. Hoy en día, si se aprueba esta ley, vamos a contar con un recurso desde el punto de vista jurídico.

Además quiero comentar que esta ley no es para ser pensada desde la Ciudad de Buenos Aires sino desde el país. Nosotros salimos mucho al interior, tenemos una actividad docente importante en la Asociación Argentina de Salud Mental. Hemos recorrido muchos lugares dando clases, charlas y cursos en el resto del país y vemos que hay una necesidad absoluta de tener algo. No podemos pensar lo que pasa en la Ciudad de Buenos Aires, porque aquí los recursos, a pesar de que son muy dificultosos, son muy amplios, muy grandes. Hay de todo. Hay hospitales monovalentes y un montón de hospitales generales que tienen servicio de psicología y psiquiatría. Aunque tengan pocos profesionales, funcionan.

Para la parte infante juvenil, por ejemplo, empieza la salud mental desde la pediatría, cuando el pediatra ve un chico que tiene un problema madurativo o un retraso, donde la intervención del equipo de salud mental es amplia y está en relación con la estimulación temprana. Y en el otro extremo de la vida tenemos la psicogerontología, donde no se necesita por ahí el médico psiquiatra y los profesionales trabajan con los pacientes tomando un rol importante en lo que es la soledad en la que viven, los problemas emocionales de cada día, las situaciones de conflicto.

La salud mental no es la enfermedad mental ni la psicopatología. Como bien se mencionó al principio de la charla, representa un porcentaje muy bajo. Soy consciente de la necesidad de la medicación porque soy médico psiquiatra, pero no soy mano rápida para expedir una receta y ver lo que pasa después de una semana o diez días.

Me parece que escuchar al paciente es sumamente importante. Y me pregunto qué pasaría si los pacientes que nosotros atendemos todos los días en los hospitales estuvieran aquí, en esta sala, y escucharan las cosas que se dicen. ¿Cuáles serían sus opiniones al no verse reflejados en la realidad de cada día, al llegar a un hospital y necesitar que frente a sus padecimientos alguien les hable? No les importa si es un psicólogo, un psicopedagogo, un terapeuta ocupacional o un médico psiquiatra.

Las cosas no se resuelven desde el punto de vista de la psicofarmacología. Así se resuelven aquellos casos graves donde hay necesidad de medicar. No hay que hacer una cuestión con los psicofármacos. Se dan cuando se necesitan y no se dan cuando no se necesitan. Y esta evaluación la puede hacer cualquier profesional del ámbito de la salud mental, porque cualquiera está capacitado para entender la problemática de un paciente.

Además quiero aclarar que el equipo interdisciplinario vigoriza la atención, porque eso significa prestar más cuidado a lo que el paciente necesita y dice. A veces un paciente llega con una cuestión que parece trivial y tiene que ser escuchado. El deseo de ser escuchado tiene que ser atendido y eso representa algo muy importante para el paciente.

La Asociación Argentina de Salud Mental no es ajena a todo lo que está sucediendo. Muy por el contrario, esta interdisciplinariedad también ayuda a integrar una formación profesional. Madura al profesional en todos los ámbitos.

Creo que es absolutamente necesario aprobar este proyecto, tener un marco legal, algo referencial y contar con una interdisciplinariedad no sólo en la Ciudad de Buenos Aires sino en todo el país.

Quiero aclarar, además, que trabajé mucho tiempo en la Asociación Médica Argentina como médico psiquiatra. Fui presidente de Comité de Recertificación de Médicos Psiquiatras —aquí hay profesionales presentes que lo pueden comprobar—. Y he entendido que muchos de los médicos psiquiatras están acordando el término de la interdisciplinariedad. Y esto hace que se enriquezca la atención del paciente.

Esta ley es necesaria, la apoyamos. Me parece absolutamente necesaria e importante y es un paso que no hay que ubicar en la situación del profesionalismo de cada uno sino en la asistencia cotidiana del paciente. Debemos tener en cuenta al paciente como base de inicio de este tipo de problemática.

Este primer paso es absoluto y definitivo para dar uno más largo. El primero siempre marca el inicio de algo muy importante.

Dejo a mi compañero, el secretario general de la Asociación, para que hable acerca de la sugerencia respecto a la aclaración en la reglamentación.

Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Doctor Grande: quiero hacer una mínima aclaración.

Considero que cualquier ciudadano de la Argentina que estuviera acá en este momento se sentiría contenido y bien representado. Usted dice que le gustaría saber qué pensaría un paciente. Creo que pensaría lo que piensa cualquiera de los ciudadanos que estamos —nosotros en calidad de senadores y ciudadanos— en este ámbito.

Esto es a puertas abiertas, no escondemos nada y lo único que hacemos, como corresponde en democracia, es escuchar todas las voces para que los senadores y las senadoras podamos tener todos los elementos disponibles para emitir una opinión.

Tiene la palabra el licenciado Trimboli.

Sr. Grande. — Yo le preguntaría a un paciente, por ejemplo, qué prefiere en un tratamiento: si un hospital general o un hospital psiquiátrico.

Sra. Presidenta. — Discúlpeme, pero esta reunión no es para este tipo de intercambios sino para que nosotros los escuchemos a ustedes y luego podamos evaluar las opiniones, reflexiones, sabidurías y pensamientos.

Gracias, doctor.

Tiene la palabra, licenciado.

Sr. Trimboli. — Muchas gracias.

Antes que nada quería decir —aclarando un poquito las cosas, porque yo no sabía que el doctor Pellegrini iba a decir las cosas que dijo— que el padecimiento mental es algo mucho más amplio que la enfermedad mental, y esta es una ley de salud mental, no de enfermedad mental.

Si leyó la ley, él debe conocer que la mayoría o casi todos los artículos vuelcan las recomendaciones de la OMS —aquí tenemos a representantes—, de la OPS, de la Federación Mundial de Salud Mental —de la cual somos miembros— y de la Asociación Mundial de Psiquiatría —de la cual hay muchos miembros acá—.

Entonces, me parece que hablar de enfermedad mental me parece que sería un retroceso.

Sr. Pellegrini. — Quisiera contestar, señora presidenta...

Sra. Presidenta. — No. Discúlpeme, doctor, pero no funciona así nuestra comisión.

Les voy a pedir que si se refieren a los presentes por favor lo hagan a través mío.

Yo les pido que reflexionen desde los pensamientos, no desde vulnerar la opinión de otros.

Sr. Trimboli. — Le pido disculpas.

Sra. Presidenta. — Les pido que seamos tolerantes con la idea de los otros, porque la base democrática es justamente tolerar que otro piense de otra manera. Pretender que el otro piense nada más que lo que yo pienso y creer que eso es lo que está bien es un mal hábito democrático que hoy muchos tienen y que queremos erradicar.

Le pido por favor que hable del tema en particular.

Sr. Trimboli. — Les pido disculpas a los señores senadores y al vicegobernador. No tengo entrenamiento en este tipo de cosas y vengo a aportar.

En principio voy a enumerar por qué la Asociación Argentina de Salud Mental apoya esta ley.

Porque apunta al respeto de los derechos de las personas con padecimiento mental.

Porque le da derecho a decidir y dar consentimiento sobre la posibilidad de su internación.

Porque le da prioridad a la atención de la salud mental dentro de los hospitales generales, eliminando la estigmatización que provoca la atención en manicomios.

Porque favorece la asistencia dentro del ámbito comunitario, y esto favorece a numerosas provincias, ciudades o pueblos en donde sabemos que muchos de estos pacientes con padecimiento mental tienen que viajar kilómetros y dejar a sus familias y a sus trabajos para que puedan tener una atención digna.

Porque otorga enorme importancia a la prevención y a la promoción de la salud.

Porque le da un lugar importante a la familia en el tratamiento.

Porque pone énfasis en el respeto del principio de abordaje interdisciplinario.

Porque insta a la creación de dispositivos alternativos a la internación, como son los hospitales de día. El doctor Grande se refirió bastante a este tema, y tenemos muy buenas referencias con este dispositivo.

Porque pone en igualdad de condiciones el acceso por concurso a los cargos de conducción a todos los profesionales. En muchas provincias, incluida la Ciudad de Buenos Aires, hay una discriminación en ese sentido.

Tras escuchar a muchos de los colegas que manifestaron su parecer entiendo que esta ley puede tener aclaraciones en la reglamentación. Esto es fundamental.

No podemos seguir sin una ley. Algunas leyes se cambian y otras están. Tengamos en cuenta, por ejemplo, que hoy en día y después de tantos años la ley que rige la profesión de la Medicina es una ley de la dictadura de Onganía. Esto tengámoslo en cuenta. Yo creo que tenemos que empezar por esta ley y después seguir con otras.

Yo voy a citar —para que se tengan en cuenta al momento de su reglamentación— algunas cuestiones que tienen que quedar claras.

Por ejemplo, el proyecto dice que la medicación debe ser administrada exclusivamente con fines terapéuticos, y en la reglamentación habría que aclarar que también la psicoterapia, la terapia ocupacional y cualquier otro recurso terapéutico debe ser utilizado para fines terapéuticos. Porque, si no, esto es pensar que solamente el médico psiquiatra puede desviarse o cometer actos que no sean éticos. Podemos pensar en Guantánamo, por ejemplo, en donde psiquiatras y psicólogos fueron utilizados para sacar información a los presos, o en lo que pasó acá en la época de la dictadura con muchos psicólogos, psiquiatras y demás profesionales. Por lo tanto, esto debe ser aclarado y creo que puede aparecer en la reglamentación.

Con relación a los cargos de conducción, yo creo que tiene que estar claro que es el profesional con mayor capacidad organizativa para integrar. Y creo que tiene que estar aclarado quiénes pueden ser; porque, si no, como muchos colegas dijeron acá, puede ser un ingeniero —que puede estar en el equipo de salud mental, porque también se necesitan ingenieros, arquitectos, un docente—. Yo creo que esto tiene que ser aclarado con nombre y apellido de la profesión dentro de la reglamentación.

Con respecto a la internación, ésta tiene que ser considerada como un último recurso, pero creo que en la reglamentación se debe aclarar que no significa la transformación de los recursos como cierres de hospitales. Los hospitales monovalentes tienen que seguir existiendo, pero reconvertidos. Y tal vez se puede aclarar alguna cantidad de camas o que esos pacientes que la Justicia puede enviar y que son peligrosos para sí o para terceros no pueden tal vez estar en hospitales generales.

En cuanto a la jerarquía de la autoridad de aplicación —y esto también lo digo para la reglamentación— se tiene que reglamentar que el nivel de jerarquía del área de salud mental tiene que ser suficiente como para poder disponer de recursos y decidir políticas. Hoy tenemos una Coordinación de Salud Mental en el Ministerio de Salud que no tiene ningún tipo de capacidad para nada.

Después, lo que proponemos —también dentro de la reglamentación— son tres instancias: la creación de un observatorio nacional de salud mental, para permitir el monitoreo de la verdadera situación general de la salud mental en el país; la creación de un comité nacional de bioética en salud mental, para favorecer la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental; y la creación de un instituto nacional de formación continua en salud mental, para formar recursos acordes al espíritu de la ley, porque —como aclararon algunos colegas— los profesionales no están preparados para esta nueva ley.

Solamente quería decir esto y les vuelvo a pedir disculpas. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Gracias, licenciado.

Debo aclararles a todos los presentes que aquellas sugerencias que tengan que ver con la futura reglamentación de la ley únicamente las podemos ingresar por nota. Nosotros no tenemos nada que ver con la reglamentación de las leyes. Eso pertenece al ámbito del Poder Ejecutivo. Es decir, todo lo que se diga a modo de solicitud o de idea para la reglamentación se lo podemos acercar, pero eso no se vota en esta Cámara.

Sr. Trimboli. — Entiendo.

Sra. Presidenta. — Tiene la palabra el doctor Osvaldo Navarro, director de la Casa del Joven, organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Sr. Navarro. — Le agradezco por esta invitación, señora presidenta.

Humildemente, me presento como un psiquiatra clínico con 30 años en esta profesión. Y si bien, desde que tengo memoria, venimos abogando por una ley de salud mental, tanto en la Nación como en mi provincia, y vemos con buenos ojos que una ley de salud mental contemple la posibilidad de la desinstitucionalización y la desmanicomialización de una buena vez por todas, tenemos que hacer notar algunas cuestiones.

Quiero aclarar algo. La ley de Onganía, a la cual hizo referencia el doctor, es la Ley N° 17.132. Y fue modificada por la Ley N° 23.873, del año 2003, con decreto reglamentario N° 10/03.

Igualmente, quiero hacer referencia a que, de alguna manera, Foucault decía que la sociedad requiere de las cárceles para mantener el orden y requiere de los loqueros para mantener la razón. Mi pregunta es dónde vamos a poner la razón ahora.

Me parece que hay algún aspecto de la ley que parece que quiere situar la razón sobre todo en los distintos profesionales que entendemos en el tema. Veo que más que ocuparse de los derechos de los pacientes, se ocupa de los derechos de una cantidad de profesionales. Hay artículos que entran en una incumbencia acerca de quiénes deben conducir, que está referido a la ley propia de cada uno de los lugares donde se aplique la ley.

Por lo tanto, artículos como esos, por ahí, tienden a sobrecargar una ley y perder el objetivo.

Creo que hay otros artículos que no dejan claro la disciplinabilidad. Con respecto a esto, creo que hay incumbencias y eso no tiene que ver con que haya ochenta mil de un lado y cinco mil del otro. No es una cuestión de un ejercicio de poder de uno o de otro, sino, que hay incumbencias. Una internación requiere de una evaluación médica. Quienes hemos pasado por guardias y la trinchera psiquiátrica, sabemos que, a veces, un delirio está sostenido en un cuadro clínico como es un coma insulínico. Esto puede ser detectado por un médico. Nos ha pasado de personas que se han internado y han llegado al borde de la muerte, por no haber sido evaluadas clínicamente.

Por lo tanto, creo que hay que tener cierta precisión sobre esos temas. Esta no es una cuestión de que, porque el médico tenga una decisión sobre un aspecto como ese, necesariamente, tenga que ejercer el poder sobre el equipo de salud.

Hay otras cuestiones que hacen a la conducción de los hospitales. Hay una responsabilidad médico-legal, más allá de que se puedan establecer consultas. Eso se hace en todos los hospitales del país. Se trabaja en interdisciplina. Parece que sólo se ha consultado a quienes están más próximos de donde atiende Dios, como usted dijo, señora senadora, al principio.

Entonces, se desconoce que en muchas de las provincias se está en camino a sancionar una ley de salud mental. Sería interesante que pudiera haber sido consultado

en su momento, para acercarse a la problemática regional de cada uno de los lugares de nuestro país.

Otro aspecto que me parece importante es cuando se habla de cómo se deciden las internaciones. En este sentido, creo que es importante pensar en que la ley cuida, especialmente, que el médico no ejerza un poder sobre el resto de las disciplinas. Me parece que lo que más se tiene que cuidar es el trabajo interdisciplinario. No una ley que parece una paranoia acerca de la psiquiatría o el médico. Hay que abordar la problemática de la salud mental, teniendo en cuenta los distintos aspectos y sin descalificar la ciencia.

Otro aspecto que me parece importante es cuando se habla de la internación lo más breve posible. No se trata de hacer la internación lo más breve posible, sino lo más adecuada posible. Sabemos que hay muchas prepagas u obras sociales, cuyo negocio es atender lo menos posible al paciente, con los riesgos que ello implica. Entonces, esta ley les vendría muy bien a más de uno.

Hay otros aspectos en los que, también, me parece que podríamos incurrir en esto de una externación compulsiva. Quiero dejar claro que comparto con el doctor Pellegrini la volición de los psiquiátricos, ya que son las fábricas de hacer locos. Quienes atendemos a jóvenes, sabemos que si internamos a un joven, lo metemos en la fábrica de locos y, seguramente, en unos pocos años va a ser un loco estigmatizado con un nombre, que no es alguien que padece un trastorno o una enfermedad que puede ser curable y reversible, sino que se transforma en un esquizofrénico, un adicto o alguien estigmatizado. Por lo tanto, me parece que ese es un punto a considerar.

No quiero extenderme, pero quería puntualizar estos aspectos de la ley para que se tengan en cuenta. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Como corolario de la reunión de hoy, vamos a invitar a la representante de la Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que Padece Esquizofrenia y su Familia, de Red de Usuarios de Familiares y Voluntarios y de Familiares de Detenidos y Desaparecidos de Chaco. Se trata de varias entidades. Va a hacer uso de la palabra la señora Liliana Cabrera.

— *Se realizan manifestaciones fuera del audio.*

Sra. Presidenta. — Va a haber otras ocasiones. Hay muchísimas entidades que deben estar, van a estar y vamos a escuchar. En este momento, hemos hecho un panel de visitantes. Es la segunda reunión. Vamos a cumplir con, absolutamente, todos los sectores.

Sra. Cabrera. — Agradezco la oportunidad de poder estar acá en nombre de la Red de Usuarios de Familiares y Voluntarios. Sinceramente, nos habíamos anotado tres personas para hablar hoy. Habíamos pensado que íbamos a poder hacer uso de la palabra las tres. Quizás pueda resumir mi discurso para que también pueda hablar la señora que proviene de la provincia del Chaco.

Sra. Presidenta. — Por supuesto, ya que no somos tan rígidos.

Sra. Cabrera. — A continuación hablaré en representación de asociaciones que integran esta red Asociación Acrobat; Organización Fundepi; Asociación Ester Goldenberg; Creciendo por Nuestra Familia; Hijos del Chaco; Red por la Identidad; Ex detenidos del Chaco; padre Luis Savoia; Familiares de Detenidos y Desaparecidos; Promotores de Salud de Villa Caraza; Familiares Detenidos del Chaco; Programa de Atención a la Víctima de Terrorismo; distintas asociaciones de Mendoza, San Juan,

Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Rosario, Mar del Plata, Bahía Blanca, Moreno, Quilmes, Jujuy.

La señora Presidenta y su secretaria nos han dado la posibilidad de que todas las asociaciones tengamos un lugar donde exponer nuestras necesidades. Y aunque creemos que debemos tener el tiempo necesario para poder hablar, aceptamos su pedido.

El martes pasado escuchamos hablar sobre las incumbencias y las competencias profesionales, pero en ningún momento se tuvo en cuenta la vida del usuario y de su familia, que es todo lo que necesitamos para tener salud, ya que no es sólo el aporte médico el que mejorará nuestra recuperación. Nuestra recuperación implica mucho más que eso. Se deben incluir otras disciplinas, otros sectores y otros grupos que aporten herramientas para facilitar la salud.

Si no contamos con el apoyo social y familiar, además de un trabajo, de una vivienda, y de leyes que nos protejan, es decir, si no logramos suplir nuestras necesidades básicas, todas las buenas intenciones de los profesionales y de los funcionarios no darán buenos resultados, porque ellos no están escuchando lo que nosotros manifestamos que necesitamos. Y de esa manera nuestros familiares continuarán aislados abandonados y encerrados de por vida, como ocurre hoy.

Muchos de estos conocimientos académicos e intelectuales —por supuesto, de gran prestigio— que se han transmitido durante siglos, fueron generados pensando en el bien de las personas y, en la actualidad, nos demuestran que no pudieron satisfacer ni dar respuestas a nuestras necesidades. Pero no se ha permitido la intervención de otros saberes, como los de quienes estamos directamente comprometidos con la problemática mental. Este lugar de toma de decisiones debe de ser una de las primeras oportunidades en la que se nos permite tener voz.

Nosotros nos preguntamos: ¿Serán estas las incumbencias, las universidades, las teorías que condujeron a la salud mental a la situación en la que hoy se encuentra? Necesitamos profesionales comprometidos que pongan el cuerpo y que nos permitan incluirnos, porque nosotros también apostamos todos los días al proceso terapéutico. Estamos las 24 horas con nuestros parientes, buscando nuevas maneras, muchas veces solos sin saber qué hacer, muchas veces recreando formas. Pero lo que sí sabemos y tenemos claro es lo que sentimos y lo que necesitamos

Los profesionales son sólo una circunstancia en la vida de los que padecemos. Pero ni las familias ni los psiquiatras solos podemos abarcar la complejidad de esta situación. Es indispensable que existan equipos interdisciplinarios que compartan la información y la responsabilidad, porque hoy ¿quiénes son los responsables de la gran cantidad de personas que se encuentran hacinadas, encerradas, muertas en vida por estar sufriendo una enfermedad mental? ¿Quiénes son los responsables de quienes se mueren sin siquiera haber podido acceder a los servicios de salud? Necesitamos equipos interdisciplinarios que armen un proyecto compartido ya que habitualmente el psiquiatra dice una cosa, el psicólogo otra, el enfermero otra, el familiar otra, y el usuario queda borrado.

Asimismo, necesitamos que se piensen en conjunto formas para que las personas podamos volver a nuestros trabajos, a fin de tener un proyecto de vida y que se busque mejorar los vínculos dentro de la familia y armar redes fuera de ella, para que cuando tengamos una persona en crisis en casa, encuentren la manera de acudir, porque habitualmente cuando esto ocurre, desde los hospitales nos dicen: “tráigalo”. Sin embargo, muchos de nosotros nos sabemos cómo, porque no tenemos vehículos o

quizás no podamos hacerlo por otros motivos. Entonces, no hay ambulancias y las familias, con el apoyo de los vecinos, terminamos desesperados haciendo lo que podemos como llamar a la policía, al juez y de allí luego los derivan al psiquiátrico.

De estos casos podría contar miles, sin embargo les relataré el de Eduardo, un muchacho que seguía un tratamiento en una comunidad, tuvo una crisis, tiró un teléfono contra la pared, fue al hospital y hoy por hoy está en un psiquiátrico.

Cristian se cortaba para aliviar su dolor del alma —eso ustedes lo saben—; la policía se lo llevó al hospital y del hospital lo derivaron al psiquiátrico. Él nos decía: “Me duele. Pero no me duele el corte que me hice; me duele adentro”. Estas situaciones hay que entenderlas.

Por lo tanto, necesitamos dispositivos de recuperación, que tengan en cuenta el momento y la necesidad de cada usuario y que, además de conocer la última medicación adecuada, garanticen que la podamos tomar y, por supuesto, comprar. Asimismo, que sean capaces de trabajar sobre nuestras partes sanas y que no confundan enfermedad con peligrosidad. Escuchamos decir que la lectura internacional define la salud mental como un campo interdisciplinario y nosotros entendemos que de eso se trata; pero nos preguntamos: ¿Existen en este momento equipos interdisciplinarios que cumplan con estos criterios? Un equipo interdisciplinario guiado por la defensa de los Derechos Humanos y convencido de que quienes tenemos padecimientos mentales podemos vivir en la comunidad, tiene la obligación de ocuparse de estas cosas. Ya sean profesionales, trabajadores sociales y ¿por qué no un arquitecto? Acabo de ver cómo un arquitecto trabaja con un equipo de usuarios enseñándoles a ganarse la plata levantando paredes. ¿Por qué no un ingeniero o un abogado? Reitero: ¿Por qué no?

En esta responsabilidad compartida, si se conformaran estos equipos, si se respetaran los derechos humanos de las personas con problemas mentales, no deberían existir los hospitales psiquiátricos, donde las personas quedan presas de un poder y de un saber estéril en la construcción de la salud. Pierden su dignidad, sus derechos ciudadanos y la vida.

Una ley de salud mental y de derechos humanos busca garantizar derechos, entre ellos, el respeto al uso de la medicación a fin de que no se utilice como castigo. Sobre este tema se habló la semana pasada. La medicación es necesaria, cumple una función, y si bien sabemos que debemos encontrar las verdaderas causas de nuestro dolor, no podemos seguir aceptando que a la medicación se la utilice como castigo. Creo que aquí nadie puede desmentir esto, más allá de que la semana pasada profesionales de alto rango se han sentido ofendidos por estos términos. Nosotros hemos vivido situaciones en las que los profesionales nos inyectaron, nos sobremedicaron, o nos ataron por ir al baño en horas de la noche, reír fuerte o gritar pidiendo ayuda. Quizás querrían dormir o simplemente estar tranquilos en los llamados *office*.

El médico es el protagonista de la salud, pero solo no puede, porque no logra darnos las respuestas que necesitamos. A fin de alcanzar un cambio real, es necesario que trabajemos juntos respetando el saber del otro, también el nuestro y el de nuestras familias.

Señora Presidenta: por todo lo expuesto, pedimos la aprobación de esta ley de manera urgente. No podemos seguir esperando porque sobre nosotros recae el peso del mal funcionamiento de este sistema de salud, cuyo presupuesto está concentrado en hospitales psiquiátricos en los que se ejercen métodos represivos que todos conocemos y voy a nombrar sólo algunos de ellos: ataduras, sobremedicación, violación.

Todo esto cuesta muy caro, porque muchos de nosotros vivimos con la mitad de lo que se paga por una persona que está depositada en esos hospitales. Y lo más terrible es que Queremos que nos internen en hospitales generales como a cualquier otra persona, porque somos eso: otras personas. (*Aplausos.*)

Tenemos apuro, nos urge que haya una ley, porque hoy nos sentimos abandonados sin que nadie contemple nuestras necesidades y verdaderos padecimientos.

Sabemos que en esto hay muchos intereses en juego: políticos y económicos. Pero nosotros también tenemos intereses y creo que deben ser los de toda la comunidad; sobre todo, de los que fueron elegidos para trabajar en el bien nuestro.

Necesitamos esta ley. Nuestro interés es poder estar mejor, que la gente pueda estar mejor, que la gente a la que representan los señores senadores pueda hacer todo lo necesario para que esto se cumpla.

Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Gracias, señora Cabrera.

Debo decirle que me complace y me enorgullece que en esta comisión los únicos intereses que ha habido son los de la gente, más allá de muchísimas diferencias que hemos tenido en tantísimas ocasiones.

Hago una breve referencia a los intereses de los que a veces se habla.

Cuando yo estaba a punto de venir a trabajar como senadora de la Nación, una amiga mía que es contadora me dijo: vos no te preocupes, cuando se traten los temas de los millones, es sólo una cuestión de ceros. Y tenía razón. Entonces yo más de una vez he estado con determinados sectores diciendo: es una cuestión nada más que de ceros.

Acá el interés que siempre han tenido esta Comisión de Salud —las otras también, pero me hago cargo de esta como presidenta— y el cuerpo...

Hemos debatido extensa y profundamente proyectos que han tenido que ver con la salud pública tal cual lo planteaba usted, doctor, como por ejemplo la ley de trastornos alimentarios, bulimia y anorexia. Ahora vamos a continuar para ver si podemos dar tratamiento al proyecto de ley de celiaca. Y todos los temas que hemos abordado han sido votados casi por unanimidad. Cuando no la ha habido ha sido por un voto o dos y en algunos artículos.

En ese sentido nosotros trabajamos y vamos a seguir haciéndolo, más aún con un tema que no sólo es preocupante sino que lo tomamos como propio.

En lo personal, tengo mucho que ver con las personas que son familiares de personas con padecimientos de este tipo, o sea que sé de qué hablan. Y vamos a dar el mejor de los tratamientos. Y como humildemente siempre he dicho, la mejor ley es la ley posible. Y para que una ley sea posible hay que contemplar todas las aristas y ver si logramos unificar posiciones.

Este es un tema que vamos a tener que seguir conversando y debatiendo entre los señores senadoras y las señoras senadoras.

Sra. Participante. — ...

— *No se alcanzan a percibir las palabras pronunciadas por la oradora fuera del alcance del micrófono.*

Sra. Presidenta. — Discúlpeme. Esta comisión no funciona así. No está excluida. Simplemente hay un orden del día, así trabajamos. De hecho, entre la semana pasada y esta recibimos a gran cantidad de distintos sectores con distintas opiniones. No hay opinión formada en la comisión sobre este tema. No están excluidos. Simplemente, hoy tenemos que seguir nuestro orden del día que ahora es abordar el proyecto de ley de

celiaca que ha sido girada del Senado a Diputados y ahora ha vuelto. Pero vamos a continuar con este tema, no está cerrado.

Sra. Participante. — ...

— *No se alcanzan a percibir las palabras pronunciadas por la oradora fuera del alcance del micrófono.*

Sra. Presidenta. — Pero no puedo adivinarlo. Imagínense que no es así como funciona. Las vamos a escuchar. No es una comisión de debate de ese tipo. No estamos habituados a trabajar así. No es que alguien esté excluido. Requiere que figure en el orden del día, porque tenemos un orden de funcionamiento en la comisión, inclusive ahora para continuar.

No es un tema personal ni sectorial. Al contrario.

Sr. Participante. — ...

— *No se alcanzan a percibir las palabras pronunciadas por el orador fuera del alcance del micrófono.*

Sra. Presidenta. — Los tenemos en cuenta.

Sr. Participante. — ¿Cómo podemos consultarlos?

Sra. Presidenta. — Cuando usted quiera. Son públicos, están en internet. Se los puedo enviar sin ningún problema. Son públicos. Son el de la senadora Díaz, el del senador Rodríguez Saá, el de la senadora Perceval y este del que estamos hablando mayormente, que es el de Diputados. Pero esta comisión no está abocada a uno en particular. Más allá de la opinión de algunos, nosotros, como comisión, no nos hemos expresado en torno a ninguno de ellos en particular.

Les agradezco muchísimo.

Pasamos al próximo tema. (*Aplausos.*)

— *Luego de instantes:*

Sra. Presidenta. — Si me disculpan, quiero pedirles disculpas a dos personas que recién solicitaban hacer uso de la palabra. Al parecer alguien las invitó en nombre de la Comisión y yo no voy a permitir ni que la Comisión quede en mala situación respecto a ellas ni que ellas, que han viajado desde Córdoba y desde San Luis, no puedan decirnos sus reflexiones y sus pensamientos. Por lo tanto, les pido a los senadores y a las senadoras que las escuchemos.

Les vuelvo a pedir disculpas. Realmente fue un tema que me excedió porque esta Comisión tiene secretario, no tiene secretaria, y entonces no sé quién las ha invitado.

Tienen la palabra.

Sra. Pereyra González. — Soy Martha Pereyra González, vicepresidenta de AUAPSI y decana de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis.

Voy a ser muy breve. Sólo quiero decir que AUAPSI, que reúne a las nueve facultades de Psicología de las universidades públicas nacionales, apoya incondicionalmente esta ley. Lo hacemos por varias razones pero, dada la gentileza de abrir el micrófono después de que no pudimos hablar en el momento en que el tema estaba en debate, simplemente quiero decir que este es el marco legal que necesitamos para las provincias y que llena el vacío legal que tenemos. Es la única posibilidad de que se modifique el Código Civil, que hasta este momento era el que pautaba ciertas cuestiones en relación a la salud mental.

Por otra parte, esta ley defiende los derechos humanos, empezando por los de los pacientes. Ofrece defensa de derechos y ofrece garantías.

Es la única manera de que quienes padecen trastornos mentales puedan ser considerados como cualquier otro ciudadano teniendo en cuenta el padecimiento y teniendo la atención que deben tener.

Además, aun cuando represento unidades académicas, no puedo dejar de transmitir que de los 85 mil profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud 60 mil son psicólogos, contra relativamente 4 mil psiquiatras, de los cuales hay 2 mil que defienden esta ley.

Por todo esto es que AUAPSI apoya incondicionalmente esta ley, que además fue aprobada unánimemente en la Cámara de Diputados.

Nada más. Muchas gracias señora presidenta por este espacio. (*Aplausos.*)

Sra. Petit. — Buenas tardes.

Mi nombre es Cristina Petit, son la vicedecana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, y también queríamos manifestar nuestro apoyo a esta ley. De hecho, hubo un debate en el Honorable Consejo Superior de la Universidad en el cual se apoyó la ley provincial pero se requirió la aprobación de la ley nacional, que es la que tiene potestad para cambiar los artículos del Código Civil que nos permiten avanzar en esta protección.

Como varios han dicho aquí, esta ley viene a llenar un vacío legal en defensa del paciente, del ser humano que sufre y de la familia que sufre, porque en el interior del país es mucho más doloroso el padecimiento de las enfermedades mentales, psíquicas, o como se las quiera llamar.

Nada más.

Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Yo quiero que se me entienda en cuanto al proceder de la Comisión.

La verdad que me siento muy mal y les vuelvo a pedir disculpas, pero tampoco es para que hablen sólo un segundo, porque han venido desde lejos y nos interesa su pensamiento y opinión.

Obviamente, yo no quiero quedar mal con la vicedecana de Psicología de mi provincia, porque realmente estaría con muchos problemas. (*Risas.*) Por lo tanto, le pido que diga todo lo que desee.

Sra. Petit. — Fundamentalmente es eso.

Este es un marco legal general —así lo entendemos nosotros— que puede modificar el Código Civil, y las provincias también necesitan la ley nacional para poder avanzar en mejorar la calidad de vida de aquellos que padecen las enfermedades mentales.

Hoy se ha avanzado mucho. Acá se ha hablado de las incumbencias. Los psicólogos hemos trabajado arduamente. Recién en mayo de este año, con la decana de la UBA, estuvimos en la Palacio Pizzurno, donde el Consejo Universitario aprobó las incumbencias de los psicólogos. Bajo ningún punto de vista vamos a medicar. En las leyes provinciales, lo tenemos prohibido. Así que ese fantasma que ha dado vuelta, queremos que quede claro: jamás iríamos a medicar. Y en las incumbencias está claro que no nos corresponde. (*Aplausos.*)

Sra. Presidenta. — Quiero decir que no ha surgido de esta Comisión, sino que el texto de la ley sugiere la posibilidad de que cualquiera que integre el equipo de salud mental, puede hacerlo.

Esto no es para discutir. Es lo que surge o puede surgir del texto de la ley. Para eso, estamos escuchando. La hemos escuchado a la vicedecana de Psicología, que nos ha aclarado mucho el tema.

Sra. Pereyra González. — Lo que quería decir el licenciado que habló no es que cualquiera puede medicar, sino que los profesionales que integran el equipo interdisciplinario pueden advertir quien necesita medicación, la cual es dada por el médico.

Creo que era eso lo que se quería decir. De ninguna manera, nadie, que no sea médico, va a medicar en el equipo interdisciplinario de salud.

Sra. Fellner. — Solamente para hacer una aclaración para la gente que ha quedado. Hoy estamos ante una situación muy especial. El hecho de que hayamos escuchado y no preguntado, no es porque no tengamos dudas o hayamos aceptado. El hecho de no aplaudir ninguna de las exposiciones no significa que uno esté a favor o en contra. Significa que lo estamos pensando y que tenemos que evaluar entre todo esto.

Todavía tenemos la discusión entre nosotros, después de escuchar absolutamente todas las voces y posturas. A mí me han quedado miles de cosas por decir y preguntar, sobre todo el doctor Pellegrini. La verdad es que son tantas las cosas. Me pregunto si algunas cuestiones no deberían ser por reglamentación.

Acá tenemos muchísimas personas que están ocupando cargos directivos que adhieren a esta ley y nos han pasado sus opiniones.

Las cosas que nos han quedado en el tintero son muchísimas. Pero, vuelvo a repetir, nos falta la discusión entre nosotros.

Sra. Presidenta. — Le vamos a dar el micrófono al señor senador Lores, quien es miembro de la Comisión.

Sr. Lores. — Venimos discutiendo esto hace algunas sesiones, con amplia participación de todos los organismos de distinta índole que tienen que ver con un tema tan importante como es la salud mental. Quizás, en el futuro, tengamos que poner énfasis en el tema de los pacientes, como bien fue expresado por algunos de los que hicieron uso de la palabra.

Personalmente —esta es una opinión muy personal—, tengo algunas dudas sobre la redacción de este proyecto de ley que viene con media sanción de Diputados, que creo que puede ser mejorada para que todas estas dudas que se están planteando acá, como por ejemplo al uso de medicamentos, puedan quedar perfectamente aclaradas en el texto de la ley.

Lo mismo respecto a la conducción de los servicios. Acá se ha planteado quiénes tienen que conducir los servicios. Me pregunto el por qué de tanto problema con la conducción de los servicios, si hay hospitales que son dirigidos por contadores, enfermeros, odontólogos, etcétera. Hay ministros de Salud que no han tenido ningún título universitario: gremialistas, gente que ha tenido representatividad política. En ningún lado dice que el ministro tiene que ser un médico, enfermero o un integrante del equipo de salud.

Creo que hay una serie de cuestiones que pueden ser aclaradas en el futuro. Una de ellas me parece que es el tema de las incumbencias. Creo que el texto de la ley puede precisar mejor esto que estamos planteando con respecto a las incumbencias. Por ejemplo, con respecto a la internación de un paciente. Este fue un tema muy discutido en la reunión anterior que tuvimos. La ley dice algo así como que un paciente puede ser internado por decisión de un psiquiatra o de un psicólogo más otro integrante del equipo

de salud. Hay que ver si todos estamos de acuerdo con eso, que tiene que ver con el tema de la medicación. Cuando se interna un paciente en un servicio de atención de agudos, se lo interna con una determinada medicación.

En fin, creo que la ley puede mejorarse en su redacción. Puede ser más clara. Es una opinión, exclusivamente, personal. Creo que tenemos que seguir escuchando. Es urgente sancionar la ley. Pero, me parece que es importante que esta ley sea la mejor ley que podamos sacar, en función de la vinculación que tiene que tener con los servicios de salud que tiene la República Argentina, para cumplir lo que se establezca.

No tenemos que dejar de lado que tenemos un sistema de salud absolutamente asimétrico, con una gran inequidad en la accesibilidad de la personas y con una fragmentación enorme en los tres subsectores. Incluso, en cada uno de los subsectores, hay una fragmentación interna muy grande. Por ejemplo, en el sector público, cada provincia tiene un sistema y avances distintos. No todos los sistemas son iguales ni le ofrecen a la gente las mismas posibilidades.

Creo que todos estamos de acuerdo en que el manicomio, en su acepción tradicional, tiene que desaparecer. No sé si todos estamos de acuerdo en que tienen que desaparecer los institutos u hospitales monovalentes, que funcionen con las características organizativas y de atención médico, como las de otras especialidades.

Creo que hay que fortalecer el tema de la atención primaria, para que a esos servicios de internación llegue la menor cantidad posible de personas. Pero, para eso tenemos que tener un sistema de salud que le dé contención en instancias anteriores a todo este tipo de pacientes.

Si no mejoramos el sistema de salud, podemos tener una ley extraordinaria, pero va a ser inaplicable. Hoy en día, también, tenemos que tener en cuenta que, en los llamados “manicomios”, hay una enorme cantidad de pacientes internados, no porque los médicos, psicólogos u otros integrantes del equipo de salud quieren que se queden allí toda la vida; son pacientes que no tienen ningún tipo de contención, ni familiar, ni de la sociedad, ni del Estado que no ha previsto los mecanismos para darle contención a esos pacientes fuera de esos establecimientos.

Creo que hay muchas cosas que tenemos que seguir analizando. En el momento oportuno, le daremos sanción a la ley que consideremos que es la más apropiada.

Sra. Negre de Alonso. — Quiero agradecer a la señora presidenta, al señor senador Lores y a todos los señores senadores presentes, que hayamos podido abrir el debate, porque iba a ser una omisión involuntaria. Íbamos a quedar mal. Ellos han venido. Por un error, no se sabe por qué, no estaban en el orden del día y se trata de dos autoridades del ámbito académico.

Pero, como la decisión la tiene la señora presidenta, le agradezco un montón.

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

— *Son las 19 y 30 horas.*

