

INCLUSIÓN MENTAL HACIA LA DEMOCRATIZACIÓN DE SABERES

**A 10 AÑOS DE LA SANCIÓN DE LA LEY 26.657
VOLUMEN II**

YAGO DI NELLA (ED.)

Yago Di Nella, Benedetto Saraceno, Daniel Navarro, Roxana Amendolaro, Virginia Buscaglia, Virginia López Casariego, Alfredo Kraut, Nicolás Diana, Mariana Sabina Baresi, Ana Cecilia Garzón, Celeste Romero, Javier Ignacio Frías, Silvio Oscar Angelini, Anahí Larrieu, Soledad Abella, Lucrecia Cabrea, Gabriela Franco, Sergio Sosa, Romina Urios, Dulce María Pallero, Daniela Alvarez, Valeria Dimitroff, Elena García, Alejandra Parisse, Mariana Figueiras Gamarra

TOMO I

COLECCIÓN
TEXTOS UNIVERSITARIOS

13

OO COPALQUI
OO EDITORIAL

Di Nella, Yago (Ed.) (2021): *Inclusión mental. Hacia la democratización de saberes*. Colección: Textos Universitarios. Volumen II, Tomo I. Número 13, Barcelona. Copalqui Editorial.

CDU: 001, Ciencia y conocimiento en general. Divulgación de la ciencia. 159.9, Psicología. 003, Ciencias sociales en general. 17, Ética. Moral.

I. Psicología. II. Salud Mental. III. Inclusión social.



Ilustración de la tapa: Daniel Walter Vasiloff
www.danilovasiloff.com.ar

Diseño y maquetación: Pablo Casals

ISBN: 978-84-939783-1-0

Edición: 1a Ed. 2021

Cantidad de ejemplares (impresión promocional): 90

© Yago Di Nella

© Copalqui Editorial, 2021.

Carrer Rabassa 27 2n 1era, 08024 Barcelona, Espanya

www.copalqui.org

Obra bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0.Unported license. Licencia Completa y permisos más allá de la cobertura indicada pueden consultarse en:
www.copalqui.org

Impreso en: Associació d'Acció Social i Cultural Adalquí



 COPALQUI
EDITORIAL



ÍNDICE

TOMO I

Dedicatoria	1
Presentación del Volumen II	3
Un Prólogo implicado	
La discusión final sobre la LEY en primera persona. La salud mental y sus destinos en el Senado de la nación	9
<i>Yago Di Nella</i>	
A modo de Introducción	
Discurso del Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud en el Congreso de la Nación Argentina	21
<i>Benedetto Saraceno</i>	
Notas	36

PRIMERA PARTE. PREHISTORIA DE LA NORMA

CAPÍTULO 1. Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel	39
<i>Daniel Navarro</i>	
1. Introducción	39
2. Robert Castel	41
3. Las raíces del pensamiento de Castel	42
4. El trabajo de Castel	44
5. Castel y Foucault	46
6. La metamorfosis de la cuestión social	48
Epílogo	49
Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel. 27 de septiembre de 2002, Centro de Estudios Franco Argentino.	50
Palabras de apertura por parte de Daniel Navarro	50
Palabras del Profesor Robert Castel	50

Preguntas de los asistentes	54
Notas	63
Bibliografía	64
CAPÍTULO 2. El enfoque de derechos en lo mental de la salud (comunitaria): planteos pretéritos a la sancion de la ley nacional como aporte a las políticas públicas	65
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Introducción: El derecho a la salud	65
2. La salud mental como derecho: La APS como eje en la necesidad de adecuación de las políticas públicas en un mundo convulsionado	67
3. Algunas ideas generales para una propuesta de política pública en lo mental de la salud	74
3.1. Para una estrategia sanitaria coherente con nuestra constitución nacional	75
3.2. Principios generales para una política salubrista y con enfoque de derechos en lo mental de la salud	77
4. El auxilio ético del enfoque de derechos en las políticas públicas de salud comunitaria con énfasis en lo mental	80
Anexo normativo	83
Notas	87
CAPÍTULO 3. Medicina y Derechos Humanos	91
<i>Daniel Navarro</i>	
Notas	110
CAPÍTULO 4. Ley 26.657: caracterización de una norma amparada en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	111
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Antecedentes: el contexto del texto	112
2. Instrumentos normativos de salud mental	117
2.1. Normativa internacional	117
2.2. Normativa nacional	124
3. La jurisprudencia internacional y nacional en salud mental	125
3.1. La jurisprudencia internacional	126

3.2. Precedentes jurisprudenciales del derecho nacional	136
4. Experiencias previas en la materia	138
4.1. Occidente	139
4.2. La experiencia en Argentina	141
5. El debate al momento de su sanción. argumentos, apoyos y reticencias a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657	144
Notas	149
Bibliografía consultada	152

SEGUNDA PARTE. UNA NUEVA LEGALIDAD. DEL ENFOQUE DE DERECHOS Y SUS CONSECUENCIAS

CAPÍTULO 5. La ley nacional de salud mental y los desafíos del cambio de paradigma 155

Roxana Amendolaro - Virginia Buscaglia - Virginia López Casariego

1. Prólogo	158
2. Desafíos y alcances de la Ley de salud mental y derechos humanos	158
Haciendo un poco de historia	158
Historia más cercana: la convención, un cambio de paradigma	159
¿Un cambio de paradigma?	160
Por un paradigma de igualdad y no discriminación	161
Situación actual: en diciembre hemos parido la Ley	161
Funciones del estado: los alcances de la Ley	162
Posibles respuestas, transitorias y parciales, a la cuestión del respeto a la voluntad de las personas usuarias de los servicios de salud mental	164
3. Cómo trabajamos en INADI la temática de la salud mental: la perspectiva de igualdad y no discriminación	166
Notas	169

CAPÍTULO 6. Salud mental, concepciones y paradigmas: derechos retóricos a derechos eficaces. hacia un cambio de modelo 173

Alfredo J. Kraut y Nicolás Diana

1. Introducción	173
2. Un primer paso	177

3. Un bloque de derechos y obligaciones	180
3.1. Los principios, Caracas y Brasilia...	180
3.2. Contexto de la legislación de salud mental	183
4. Alcance de la reforma	188
5. Diálogo de fuentes en salud mental	191
6. Objetivos, principios y ámbito de validez y eficacia de la ISM	193
7. Autoridad de aplicación. Órgano de revisión	197
7.1. Autoridad de aplicación	197
7.2. Órgano de revisión	199
8. El CCCN, internación y capacidad	203
9. A modo de colofón	211
Notas	216

CAPÍTULO 7. Algunos ejes estratégicos para una política pública en salud mental en el marco de la Ley Nacional 26.657

Yago Di Nella

1. Introducción	236
2. Enfoque de derechos	237
3. Red nacional, jurisdiccional y local de atención	239
4. La Ley y su sujeto. la capacidad como presunción	241
5. Inclusión sanitaria de lo mental	243
6. Intersectorialidad	245
7. Atención post-manicomial de la salud (salud mental y adicciones)	248
Notas	252

TOMO II

TERCERA PARTE. LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO EJE CENTRAL

CAPÍTULO 8. La interdisciplinariedad en el marco de la ley de salud mental 26.657: la democratización de los saberes	257
<i>Yago Di Nella</i>	

1. Interdisciplina como espacio democrático	258
2. Modelos fallidos de interdisciplina	259
2.1. (pseudo) Interdisciplina confusional	259
2.2. (pseudo) Interdisciplina esquizoide	260
2.3. (pseudo) Interdisciplina autoritaria	262
3. Algunas pautas para un equipo interdisciplinario eficaz	263
4. Asistir o atender / tutela o inclusión: diversas formas de entender lo interdisciplinario: el caso extremo del llamado “paciente social”	266
5. Abordaje del problema de la accesibilidad a los servicios: la brecha de atención desde la estrategia de una interdisciplinariedad ampliada	270
6. La interdisciplinariedad es intervencionista: más sobre lo mental en la salud pública.	271
7. Interdisciplinariedad circular: el saber horizontalizado	274
7.1. Apuntes sobre el concepto de equipo	275
7.2. El principio de la circularidad interdisciplinaria	276
7.3. Emergentes grupales en el quehacer del equipo interdisciplinario	281
Notas	285

CAPÍTULO 9. ¿Quién tiene derecho a los derechos? Aportes para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos

Mariana Sabina Baresi - Ana Cecilia Garzón

1. Introducción	289
2. Contexto de la experiencia	290
3. ¿Por qué problematizar las restricciones a la capacidad jurídica?	292
4. Dimensión legal de la capacidad jurídica y prácticas que contextualizan la tarea del equipo de evaluaciones interdisciplinarias de la DNSMyA	294
4.1. Aportes de la LNSM para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	295
4.2. El soporte de la CDPD para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	296
4.3. Experiencias de referencia para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	298

5. La propuesta metodológica de trabajo del equipo de la DNSMyA	300
6. Propuestas para la elaboración del sistema de apoyos	303
7. Novedades legislativas en el país y la región vinculados a la capacidad jurídica	306
7.1. Reglas generales en torno a la capacidad jurídica del actual código civil y comercial	306
7.2. Avances legislativos en la región	310
8. Desmontando la normalización y sus las lógicas opresivas	312
9. Conclusiones	314
Notas	316
Bibliografía	320
Anexo: Instrumento de relevamiento para la elaboración del sistema de apoyos para la toma de decisiones. Instructivo	324

CAPÍTULO 10. Algunas consecuencias psicosociales psicojurídicas de la ley 26.657 (impacto en las buenas prácticas)

Yago Di Nella

1. Algunas reflexiones psicosociales en torno a la Ley 26.657	329
2. Algunas reflexiones psicojurídicas sobre el rol de la administración de justicia en torno a la Ley	336
3. Las transformaciones que introduce la Ley 26657 en la dimensión psicojurídica de los dispositivos institucionales (consecuencias del enfoque de derechos)	340
4. Algunas inquietudes sobre el problema de la fiscalización	349
5. Algunas consecuencias psicopolíticas: importancia de la sociedad civil en el paradigma de salud mental comunitaria	351

CAPÍTULO 11. Consideraciones sobre el riesgo cierto e inminente. A diez años de la ley de salud mental

Celeste Romero - Javier Ignacio Frías

1. Introducción	359
2. Riesgo como categoría superadora	360
3. Riesgo como categoría clínica	360
4. Riesgo como categoría situacional	361

5. Riesgo como categoría individual	361
6. Riesgo de daño, cierto e inminente	362
7. Conclusión: hay riesgos y riesgos...	363
Notas	364

CAPÍTULO 12: Consideraciones sobre los conceptos de peligrosidad y de riesgo cierto e inminente. Implicaciones para las medidas de seguridad

Silvio Oscar Angelini - Anahí Larrieu

Resumen	365
1. ¡Es un peligro!	366
2. Tomando riesgos	368
3. Tomando medidas	369
4. Final con riesgos	370
5. Referencias bibliográficas	373
6. Leyes, decretos y fallos	373

CUARTA PARTE. EXPERIENCIANDO LA LEY: 10 AÑOS DE UNA LUCHA QUE CONTINUA

CAPÍTULO 13: Pateando puertas, abriendo ventanas, tendiendo puentes. La ley nacional de salud mental y los diversos ámbitos de aplicación.

Soledad Abella – Lucrecia Cabrea - Gabriela Franco – Sergio Sosa

1. Primeros embates (2010-2015): labor parlamentaria, el proyecto llega al congreso	378
2. Capacitaciones y sensibilizaciones	384
3. Informes sobre condiciones de internación	387
4. Prisma (programa interministerial de salud mental argentino)	389
5. Salud mental, reparación de víctimas de terrorismo de estado	393
6. Una experiencia en terreno: equipo móvil de salud mental comunitaria (concepción del Uruguay, entre ríos)	397
7. Nuevos embates contra la LNSM (2016-2020)	400
7.1. Derogación de la resolución 2015	400
7.2. Intento de reforma de la reglamentación de la Ley	401
Notas	408

CAPÍTULO 14: “Proyecto Revinculación”. Restitución del derecho a vivir en comunidad para personas con padecimiento mental en situación de internación prolongada **411**

Romina Urios –Dulce María Pallero – Daniela Alvarez – Yago Di Nella

1. Planteamiento del problema	411
2. Acerca de la problemática	412
3. Acerca de la obligación del estado	413
4. Los destinatarios	414
5. Objetivos	416
5.1. Objetivos generales	416
5.2. Objetivos específicos	416
A. Etapa diagnóstica	416
B. Etapa de intervención	417
C. Etapa de egreso del dispositivo	417
6. Metodología	418
6.1. Acciones clave para el cumplimiento de los objetivos	418
6.2. Dispositivos	419
7. Conclusiones, recomendaciones y discusión	423
7.1. Síntesis cronológica de las tareas desarrolladas	423
7.2. Implementación de los tiempos y dificultades encontradas	424
7.3. Logros	425
7.4. Análisis de los resultados e impacto	426
7.5. Equipos	428
8. Puntuaciones finales	429
9. Post Scriptum (Sobre la Cátedra Libre Marie Langer de Salud Mental y DD.HH.)	430
Notas	433
Bibliografía	436

**CAPÍTULO 15: Centro de Salud Mental Comunitaria
“Dr. Franco Basaglia” (Servicio de externación.
Hospital Interzonal Especializado en Agudos y
Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, provincia de Buenos Aires)** **439**
Dimitroff Valeria - García Elena - Parisse Alejandra

1. Introducción	439
2. Historia	440
3. Nuevas prácticas en salud mental	441
4. Proyecto revinculación	442
5. Metodología de trabajo	445
6. Encuadre desde el cual se trabaja	447
7. Estadística	449
8. Funcionamiento en contexto de pandemia	450
9. Reflexiones finales	451
Notas	452

**CAPITULO 16. “Honrar las Vidas”. Experiencia de
adaptación a la Ley 26657 en un Hospital General Nacional** **453**
Mariana Figueiras Gamarra

1. Introducción	453
2. Diagnóstico situacional	455
3. Realización del proyecto	457
4. De los dispositivos	458
4.1. La guardia interdisciplinaria: un sueño que se hacía realidad	458
4.2. El dispositivo de consultorios ambulatorios intensivos	461
4.3. El grupo de optimización de la autonomía	461
4.4. Otros dispositivos	462
5. La resistencia: un relato personal	463
6. Conclusiones inconclusas	466

CAPÍTULO 17. Prisma: una experiencia instituyente **469**
Mercedes Rattagan

1. De donde partimos	469
2. Una propuesta posible: programa interministerial de salud mental argentino (prisma)	472

3. La realidad	474
4. Manos a la obra	478
4.1. Dispositivo de crisis	479
4.2. Dispositivo de tratamiento psico comunitario:	480
4.3. Dispositivo de integración socio cultural:	481
5. Capacitacion	482
6. Dificultades y obstáculos	483
7. Para finalizar	484
8. Últimas reflexiones	485
CAPÍTULO 18. La adecuación de las universidades a la Ley nacional de salud mental	487
<i>Roxana Amendolaro</i>	
1. Introducción: Contexto general que plantea la Ley nacional de salud mental N° 26.657.	489
2. Recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, art. 33.	491
3. El nuevo plan de estudios de la licenciatura en enfermería de la universidad nacional del Comahue.	493
4. Cuidados enfermeros en salud psicosocial.	496
5. El dispositivo que dispone: el dispositivo de cátedra y lo que dicen las/os estudiantes	499
Notas	503
EPÍLOGO	
CARTA ABIERTA: Un recorrido personal por el problema de la democratización de los saberes (la implementación efectiva del enfoque de derechos para la inclusión mental)	507
<i>Yago Di Nella</i>	
ANEXO DOCUMENTAL AL VOLUMEN II	
Consenso de Panamá	525



DEDICATORIA

Dedico este trabajo de reflexión de 10 años, compilado como libro, a quienes creyeron que les padecientes mentales merecen una ley que respalden sus deseos de autonomía y libertad y un Estado garante que los apoye en el derecho a vivir en comunidad.

La Ley 26657 es una muestra de militancia social (y, como toda lo es, política) y fuerza colectiva, la cual ahora se impone dejar de llamarle "la nueva ley" y comenzar a exigir la aplicación efectiva de la misma.

Y.D.N.



PRESENTACIÓN DEL VOLUMEN II

Yago Di Nella

Este libro de INCLUSION MENTAL es un Volumen II y debe ser entendido con una continuidad del Volumen I, editado hace ya casi un decenio por Koyatun Editorial. No debe ser leído como una obra distinta, es su continuación. Esta nueva edición prosigue y profundiza lo escrito y planteado en 2011, apenas unos meses después de la sanción de la norma. Ese Volumen I se intituló: ***Políticas públicas con enfoque de derechos (por la superación del dogma manicomial)***.

El presente texto recoge múltiples esfuerzos de diversos especialistas por construir, teórica y prácticamente, un nuevo paradigma en Salud mental, que hemos denominado “lo mental como componente de la salud pública”. Si lo mental deja de ser visto como campo excluido de lo sanitario y se integra al mismo como componente (lo cual no es más que asumir la definición de salud de la OMS), el horizonte dejará de ser incierto.

En efecto, para superar el paradigma manicomial (más bien vinculado al control social de la enfermedad mental), los requerimientos de la nueva ética política basada sobre los Derechos Humanos constituyen ahora un desafío nuevo: **su implementación**. Quienes siguen detractando la Ley 26657 ya lo saben y por eso martillan por ahí, señalando que sería inaplicable. Ellos tienen claro dónde está ahora el foco del asunto.

Nosotros también reconocemos que el próximo decenio debe ser el de los dispositivos sustitutivos. El de la inversión en la “INCLUSION (de lo) MENTAL”. Esta condensación que titula nuestros dos volúmenes tiene al menos dos acepciones:

- a) La inclusión de lo mental en las políticas sanitarias;
- b) La inclusión (social, comunitaria, cultural y política) como eje central de los dispositivos de salud mental.

Esto quiere decir que el desafío ya no es psicoterapéutico (aunque debamos repensar estos dispositivos también); va más allá y constituye al fin de cuentas un conjunto de reflexiones sobre la democracia sanitaria, en términos de accesibilidad y de respeto a los derechos de segunda y tercera generación. Esto último es lo que explica la bajada del título del presente volumen: **HACIA LA DEMOCRATIZACION DE SABERES.**

En efecto, la democracia en el campo de lo mental debe ser entendida a partir de estos tres pilares fundantes¹:

- 1- Que el poder sea ascendente (es decir, que vaya desde abajo hacia arriba);
- 2.- Que sea utilitario (que responda a intereses generalizables); y
- 3.- Que tenga capacidad para contener los abusos de poder.

La ley intenta cubrir esto mediante su transversal enfoque de derechos: la creación de diversas instancias de escucha y salvaguarda de los más débiles de la relación y/o interacción. Sin duda, esto ha molestado mucho. Basta ver a quiénes para saber cuál es la concepción que reina en ellos.

Estos textos que integran el Volumen II los hemos agrupado en tres partes, y cada una constituye una dimensión o fase referida al proceso de democratización de las relaciones disciplinares y de la interacción de los servicios y la población (tanto al mundo académico, como al mundo de las políticas públicas). En mi condición de autor y compilador que ha participado activamente en parte fundante de la implementación de la Ley, he organizado esa etapización para ordenar esta obra, pero puede no ser la única forma de leer el material, que admite otros ejes ordenadores.

He procurado -a mi modesto entender- no caer en lo que entiendo como dos típicos errores: la autoadulación y la pretensión de neutralidad absoluta. Sin duda, esto deja un sendero muy fino a recorrer que espero haber transitado con mínima elegancia. Por eso se verán textos en tercera persona, que aún así tienen mucho de experienciales, tanto como algunos pasajes en primera persona, que consideraba la requerían.

Para dar cuenta del contexto y circunstancia en que operábamos los actores del momento, he incluido algunos relatos de mi devenir funcionario, sobre todo en el prólogo (implicado) y en un epílogo que sí tiene un tono extramadamente personal, ya con la obra detrás. Claro que puede ser evitado, por la lectura que pretenda buscar el concepto y no su origen humano y contextual. Aquello que el libro

1. Los he rescatado de Lola Aniyar de Castro.

tuviera para aportar, ya habría sucedido para ese entonces. Constituye una catarsis del autor y tiene por fin imbricar a otras personas a lanzarse al ruedo, aún no siendo su expertise la gestión pública, como fuera mi novato caso. En efecto, digo siempre que he llegado a un lugar profesional increíble (el más desafiante y encumbrado para quien se dedica lo mental: crear su organismo público que sea “autoridad de aplicación”), en el momento más indicado, por una serie de vicisitudes irreproducibles, pero habrá otras, para otras subjetividades. Les animo a experimentar esas oportunidades únicas: ese es el fin último del epílogo. Imbricar la historia personal y la ideología (el enfoque de derechos) con la cual trabajamos.

Pertenezco en la actualidad a una vertiente social que no tiene hoy peso suficiente para influir en forma determinante sobre los grandes temas de lo mental. Mi lugar siempre fue técnico. Lo sigue siendo, salvo ese anómalo breve período entre 2010 y 2011. Por eso, no se verán pasajes sobre cuestiones de política partidaria. En todo caso, me parece importante este énfasis, porque el libro presenta fragmentos de la enorme tensión ética que se está produciendo en el campo de la Salud Mental. La norma sancionada en el año 2010 ha demostrado ser el instrumento central para construir una nueva democracia en el campo, lo cual he procurado representar en este volumen con la participación de psicólogos, médicos, abogados, trabajadores sociales, familiares y tantos otros representantes de saberes que aportan al enfoque de derechos, que es nuestro cielo común.

Así, algunos de estos textos que componen el presente volumen fueron escritos para dar soporte a la actividad legislativa que promulgó la 26657, pues explican y profundizan en las consecuencias de la norma (Parte 2). Otras, dan cuenta de su texto recurriendo a sus fuentes, lo pre-historizan (parte 1). La parte 3 da cuenta de experiencias y dispositivos de implementación, así como los devenires de los mismos frente a una cultura manicomial (nos dedicamos a esto específicamente en el vol. 1) que aún reina en la mayoría de los escenarios institucionales y en la comunidad en general. Es un marco para construir nuevas relaciones entre la ciudadanía y el ejercicio del poder (aún punitivo, a veces, lamentablemente) en la inclusión (de lo) mental en el nuevo modelo de Estado.

He sido tajante muchas veces respecto a la cultura asilar, aquella que señala que en sí mismos, no son malos, sino que hay que reformarlos. Este humilde escriba considera que **un dispositivo de encierro indefinido no es aceptable porque brinda un trato humano o más humanizado**. El control social de “la locura” en el marco de *la institución de encierro no se morigera, se elimina*. La falta de dispositivos comunitarios que la sustituyan no es razón para sostenerlos sino,

por el contrario, para asumir ese faltante y corregirlo. Es fácil plantear que está bien que una serie de personas vivan en un hospicio sólo si es otro cultural. Este ideario facilista termina cuando se aplica al propio grupo o a sí mismo. Cada vez que alguien defiende la vida manicomial como “lo posible”, le invito a pasar un fin de semana largo en el “centro de atención”, para que vean si es una reforma humanizadora lo que necesita el sitio o es un nuevo enfoque que haga que no sean necesarios esos antros de reclusión, indefinida en el tiempo además.

La exposición de motivos por una **SUSTITUCION del dogma manicomial** (como le hemos llamado en el Volumen I) se sustenta en la idea de que nadie merece vivir fuera de la comunidad (menos por padecer mentalmente o tener una discapacidad mental), y que es responsabilidad del Estado (en primera medida) y de quienes trabajamos en el campo (complementariamente, como corresponsabilidad profesional y ciudadana) construir y desarrollar los dispositivos acordes a ese fin. Fue Juan Carlos Domínguez Lostaló quien me inculcó esta idea cuando amanecía en mi profesión. Nos insistía:

“Los no se puede de los resignados de hoy, son los dispositivos que debemos construir; no te des lugar nunca para la desesperanza, no te lo permitas, agrúpate, pensá con otros, porque... el que no sabe tocar la guitarra, dice que la guitarra no sirve”.

Esa es nuestra función, decía. Era (y es aún hoy) raro ese viejo loco. Decía que mi función técnica como profesional es sostener la esperanza de los desamparados y no permitirme la resignación, nunca.

Del mismo modo digo que **las principales objeciones sobre la falencia o ausencia de dispositivos de base en la comunidad** (para quienes padecen mentalmente y requieren esos apoyos), **no señalan la inaplicabilidad de la Ley, sí su falta de financiamiento** (tal lo propugna el art 32) y, por tanto, de voluntad política. Este Volumen II aborda este asunto, muy particularmente, en varios pasajes.

Estoy absolutamente seguro de que existen profesionales en todo el país capaces de generarlos. Hemos consignado algunos ejemplos en la parte final del presente libro. No faltan ideas, ni experiencias que respalden la impresionante creatividad técnica de nuestros profesionales del campo en el diseño y puesta en movimiento de nuevos dispositivos, sustitutivos del encierro manicomial. Pero **así como fue imprescindible movilizarnos para lograr la sanción de la norma, será fundamental el mismo proceso para su efectiva implementación.**

Tratándose de un libro sobre Salud Mental y la Democracia de los Saberes, me pareció interesante -imprescindible, diría- incluir como un capítulo específico una alocución especial sobre **LA INTERDISCIPLINARIEDAD**, capítulo basado en una clase que dictara a todo el personal de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en la que participaban cerca de 120 empleados (Sala Ramón Carrillo del MSAL), y en la que incluso estaban participando familiares y ex-pacientes contratados en mi gestión, quizá la medida que recuerdo con más orgullo y satisfacción. Llevo 20 años hablando de este tema de lo inter, pero es la primera vez que dejo escrito algo al respecto y tiene una relevancia fundante en mi profesión (signada en su origen por el viejo Juanca, citado arriba hablando de las guitarras), por lo cual supongo ha orientado y definido el subtítulo del presente volumen.

Agradezco a todas las personas que se sumaron a este libro en ese amplio espectro interdisciplinario, aportando sus ideas, su tiempo y disposición. Son amigos y/o compañeros de ruta en esta carretera amplia del enfoque de derechos. Les respeto y admiro a todos y por eso me enorgullecen participando aquí y hasta me ruborizan con sus presencias. Como dije arriba, luego de todas esas participaciones honorables e implicadas, se incluye al final una vuelta a la primera persona. Ese cambio en el tono obedece a un texto poco elaborado técnicamente (quizá), que me ayudara a configurar mi entrañable amigo de tantas batallas Martín Yacachury. Él también es un oficioso propulsor de que exista esta obra. No sé de dónde saca tanto porfiado entusiasmo (él culpa a su origen vasco), pero siempre logra transferírmelo.

Complementariamente al apoyo de Martín, quien me insistiera en hacer algo a los diez años de la Ley Nacional fue Hugo Cohen. Ya retirado de la OPS hace años, gran co-protagonista de mi paso allá por 2006 y 2009 en la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, tuvo siempre una posición de crítica amigable hacia mi actividad profesional y, aún siendo severa, no perdía la ternura, en mi paso por la Dirección Nacional. Ya pasados diez años, vino una vez a Viedma en el verano pasado del 2019 (pre-pandemia), y me citó en la costanera del Río Negro, silla de camping en mano. Me dijo sin ninguna solemnidad: "te salís del retiro en el que estás y escribís tu parte. No calles tu voz. Esto no terminó, ahora falta ponerla a andar". Me sentí como esos luchadores retirados que van a buscar al campo para retornar a la actividad. Él tiene el mérito, entre tantos otros, de no permitir respuestas negativas.

Este volumen no pretende ser sólo para los teóricos del pensamiento de lo mental (para ellos hay otros autores más aptos que este humilde escriba experiencial), pues ostenta una pretensión

explicativo-descriptiva en quienes tienen un interés personal o familiar en el tema, así como estudiantes de carreras del campo. Me interesa incidir (de ser posible, si este volumen cumple su fin) en quienes quieren coadyuvar a la democracia de saberes en el mundo sanitario, entendida de acuerdo a los tres parámetros incluidos al inicio de esta presentación.

Finalmente deseo agradecer al maestro del enfoque de derechos el Dr. Alfredo Kraut, quien también me empujara a concretar esta obra y hasta se hiciera un tiempo para contribuir al mismo con un gran capítulo. Alfredo bien podría ser citado como el origen de todo esto, cuando allá por 2005 nos citó en las dependencias de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Éramos un pequeño grupo inconexo y ecléctico de personas que estábamos allí representando enclaves institucionales distintos. Nos juntó, nos dio un cafecito y nos dijo: debemos tener una ley. Esa debe ser vuestra prioridad. Hagamos una Mesa Interinstitucional y pongamos primera. Y así empezó todo.



UN PRÓLOGO IMPLICADO

La discusión final sobre la LEY en primera persona. La salud mental y sus destinos en el Senado de la Nación

Yago Di Nella

En memoria de Canchi

Año 2010, octubre. Estábamos en la pelea final por sacar la Ley Nacional de Salud Mental. Estaba en debate en el Senado. Habían ido todos los dinosaurios a señalar el peligro de hecatombe general. Era probable el fin de la humanidad misma y de los viajes pagos por ya saben quiénes. El Senado y mi Ministerio eran visitados por señores vestidos de Armani, impecables como en el film "Matrix", con portafolios de cuero y lapiceras caras, pero dispuestas, frecuentando las oficinas de asesores de los representantes de las provincias, prometiéndole regalos y ventura.

Había lo que se llamaba "Plenario de Comisiones". Estaba todo orquestado por Canchi, ese viejo pillo. Cerraba él y nosotros. Fueron largos miércoles en un salón lleno. Nadie sabía si verdaderamente tendríamos los votos para aprobarla y pasar al recinto o moríamos ahí. Y se terminaba el año legislativo. Estábamos en zozobra, angustiados. Salvo él.

Llega finalmente el día. Estaba en mi oficina desde las 8 AM. Nunca fui madrugador, pero había dos atenuantes a la costumbre. Danito, 9 meses de vida. Tener que ponerme traje, el otro asunto. Al mediodía arrancaba la cosa: "antes no ves un Senador en todo el Congreso", me aclararon. Salí caminando por calle Lima hacia Avenida de Mayo. En auto era imposible ir para el lado del Congreso. Iba molesto con mi sobrepeso, mi traje y corbata roja y azul, la que usaba de cábala, cuando necesitaba amuleto. Vivía fastidiado cuando debía usar traje, pero era un mal del oficio, al que quién sabe si no lo

dejé por eso. Inmediatamente doblo por Avenida de Mayo y ya veo a lo lejos el antro.

En ese momento, suena mi celular. El mío, no el oficial. Tenía la musiquita de “misión imposible”. Al mismo accedía mi familia, mis colaboradores de la Catedra Libre Marie Langer de La Plata, algunos amigos. Aníbal. Pero no, era mi jefe directo del Ministerio de Salud. Lo había visto un rato antes, pidiéndole la firma para cosas de la oficina. Recordé que le había dejado el celu a su secretaria privada, que había sido la mía y me la había pedido un tanto extorsivamente (a cambio de vaya a saber qué, no lo recuerdo). Sin dudas, Brenda era la más apta para el cargo de Secretaria Ejecutiva en todo el Ministerio. No me resistí, porque era el modo de infiltrarnos mutuamente. Sí, era explícito, lo habíamos blanqueado y todo. Él tenía gente en mi oficina y yo en la de él, más otros que eran dobles-agentes, y eran varios. Voy al asunto.

- *Licenciado, por dónde anda...*
- *Doctor, estoy camino el Senado, como hablamos.*
- *Mire, he recibido instrucciones del Ministro de suspender nuestra exposición como Ministerio (de Salud).*
- *(Silencio).*

Busqué un asiento de vereda que está justo en la librería Anarquista, esa que está frente al Rey del Jamón, sobre Avenida de Mayo, antes de llegar al Hotel...

- *Mire doctor no puedo hacer eso (le dije, conmovido).*
- *Son las instrucciones que se me pidió le transmitiera.*

Estaba claro que no estaba cómodo ni quería estar ahí, haciendo eso, pero era obediente el tipo. Sin hacerse parte del enunciado cumplía en transmitirlo. Lo noté débil en el planteo, como avergonzado. No lo sentía. Sabíamos que había recibido a los muchachos de la corpo, que habían ido juntos a pedir mi cabeza a Aníbal Fernández y los había sacado rajando; sabía que el día anterior los habían visto en la antesala del Ministro, pero no imaginé que fuera éste el modo de operar. Burdo. Entonces, basado en el balbuceante modo de requerir mi deflexión, inflé el pecho, tomé aire, y:

- *Mire Doctor, yo vine acá (al Ministerio de Salud) para sacar esta Ley, me nombró la Presidenta y me dio por instrucción única hacer todo lo humana y técnicamente posible para lograr ese objetivo. Lo hizo delante de la OPS-OMS y del Jefe de Gabinete. De usted, también. De manera que su instrucción sólo la puedo recibir de ella. Deberán llamarme de Rosada para que proceda su orden.*

- Como usted diga Licenciado. Hasta luego (plum).

Seguí caminando rumbo al Congreso, pero obviamente nadie más llamó. Y si me llamaban, me iba al Congo Belga. Pero no pasó. Ellos no iban a llamar a la Casa Rosada, eso lo sabía, pero no tenía noticia cierta de la capacidad de influencia de la corpo. Usted dirá y de dónde sacó esa ocurrencia en semejante momento. Debo aceptar, humildemente, que no era mía. Días previos me había reunido con Aníbal Fernández para ver cómo iban los votos, y me había mencionado esa reunión donde le habían pedido que entregara mi balero. La corpo fue a verlo y se comprometió a devolver el favor por algo que no supe qué sería, pero, a cambio de mi salida institucional. No pasó nada pero tampoco supe qué les dijo AF, solamente que fueron y procuraron, nuevamente, parar todo mediante esa medida, algo que tampoco veo hoy que tuviera efectos en el Senado. Entonces, luego de pedirme que lo mantuviera al tanto de todo, en una reunión que habrá durado a lo máximo 5 minutos, Aníbal me dijo:

- Te van a buscar... No te entregues, eso quiere decir no regalitos, no minas, no guita, no alcohol, no viajes gratis, no aceptás computadoras, ni celulares. ¡No nada! No recibís instrucciones de nadie más. Si hay algún cambio, lo vas a escuchar de mí. Te llamo como la otra vez, si no, es que sigue todo igual. Y seguile el tranco a Canchi. Él sabe.

- De eso no me cabe duda...

- Por eso, pegate a él.

Seguido lo cual, me abrió la puerta, mientras trataba de terminar el café que habían puesto delante de mí hacia segundos. No pude. De algún modo, sabía AF que podría ocurrir algo así. Porque fue la única recomendación que me hizo en toda la gestión. En lo demás me dejó hacer.

Llegué al edificio. Lleno de familiares y organismos de SM y de DDHH en la puerta pugnando por ingresar. No los dejaban, siendo tratados como de ciudadanos de segunda. Por puerta lateral y sin el menor esfuerzo, entraban los muchachos de la corpo. Era siempre así, ya estábamos acostumbrados. Los muchachos de la Secretaría de DDHH y del CELS se encargaron del asunto, democratizando el ingreso, y fueron entrando todos (o casi) despaciosamente. Ayudé en lo que pude, pero estaba consternado por la llamada y tampoco quería que se me notara.

Ingresé llevándome algunos familiares conmigo, tal si fueran mis asesores. Busqué desesperadamente a Canchi. Ahí estaba el viejo, gigante, contando un cuento santafecino a unas chicas

sesentistas, más o menos, calculo. Estaban esas señoras conmovidas, contemplando el caballero del trato ejemplar. Era como un James Bond del Congreso. Era así de seductor y de prolijo, además. Nunca un traspíe o una cosa de más. Un jugador extremo, del límite correcto, pero pillo. Emperador del tiempismo. Un enorme oso de peluche con barbita blanca y voz ronca. ¡Un jetra tenía ese buen hombre! Iluminaba el oscuro pasillo:

- *Necesito comentarte algo urgente, Canchi.*
- *Pasó algo, pibe...*
- *Sí, me pidieron que no venga.*
- *Y estás acá... ¿Siempre fuiste así de desobediente?* -rió.

Me sacaba la parsimonia con que me escuchó y el humor del viejo me exasperaba más. Parados los dos cuchicheando, me sacaba una cabeza y casi otra. Pero su estatura era mucho más vivenciándolo en el barro del Congreso. Era un animal. Habrá visto mis ojos encendidos de incertidumbre, se apiadó y me llevó a un recinto lateral. Lo desalojó de burócratas de oficina en breves instantes, como si fuera su despacho. Le conté la llamada sentados en ese sucucho, al cual recuerdo ahora como si tuviera una fotografía delante de mí. Entonces:

- *Yaguito, es el último cartucho. No tienen más balas. Tranquilizate, si hicieron eso es porque no pudieron llegar adonde se corta el bacalao. Mirá pibe, esto siempre sucede.*
- *Mi Ministro me pide que me vaya Canchi, cómo me debo poner.*
- *Contento (se ríe, pero para adentro). Tu palabra pesa. Eso te están diciendo.*
- *Dejate de joder. No quieren la voz del Ministerio acá, no es que les preocupa lo que yo diga, sino lo que representa esa voz.*
- *Entonces, pibe, aprovecharé y decí todo. Si los vas a desobedecer -porque si viniste es que ya lo tenés decidido-, entonces largá todo. No te guardes nada. Con estilo legislativo, ojo. Ni mires a los dinosaurios. A esos les voy a hablar yo que soy tordo como ellos.*
- *Vos buscá en el salón a los familiares, miralos a la cara, enfocate en sus ojos y hablales.*
- *Bueno, viejo, cuál es el orden.*
- *Hablo yo, creo que habla Leo y después cerrás vos.*
- *¿Yo cierro?*
- *Sí, salame, sos el Estado acá, lo armé yo así, cierra la voz del oficialismo en Comisiones, siempre que el proyecto de ley sea impulsado por la bancada oficial.*
- *Te agradezco el tiempo. No el orden.*

- *(Me agarra la mano, me mira a los ojos fieramente): Pibe, vos sos docente universitario ¿no? Bueno, encaralo como una charla dirigida a la comunidad. Que sea la clase más importante de tu vida es un detalle que debés soslayar, jaja. Que tu jefe directo mande un alfil a pedirte que no la des, carece de relevancia, porque lo verdaderamente importante son esos familiares a los que tenés que mirar y hablarles. ¿Estamos?*

Y me dio un abrazo agachándose -de otro modo no podría- y un beso en la pelada.

Salimos para el recinto de la reunión de Comisiones. Me temblaban las patitas. Entonces me crucé con la colega, pero antes que eso, luchadora (incansable) Matilde Ruderman. Falleció hace días, y es de las imprescindibles. Una macana. Era Asesora legislativa y tenía más garra que Giunta. Ponzio, mostaza Merlo, Chapu Braña y Mascherano juntos.

- *¡Hola querido, hoy ganamos! Te andaba buscado...*

Y me dio un abrazo que me desacomodó todo, como si supiera de mi vulnerabilidad coyuntural. Sus ojos claros estaban encendidos. Evidentemente tenía información privilegiada. Yo solamente sabía que si no había sorpresas, los votos del plenario estaban, sin más detalle. Ella, Matilde, me trajo una botellita de agua y me ofreció café. Era como un oasis en el desierto. Su carácter maternal me hizo mucho bien, me devolvió a la vida. Le agradeceré eternamente, por ese detalle y, aún mucho más, por todo su derrotero militante.

Ingresé al salón, estaba repleto. Cámaras, grabadores, celulares. Ví a la gente de OPS con su tono adusto y neutral, salvo Hugo, obviamente. Ví en un ala a los profetas del lema "el manicomio es bueno, lo necesitamos". Un poco más acá. "no tenemos manicomios, tenemos hospitales mentales monovalentes". Aclároles: estos son los peores, porque encima se avergüenzan de su lugar, lo cual los hace básicamente embusteros. Y más cerca de la puerta, y como entrados a último momento, estaban los amigos y amigas.

Hablaron todos mis antecesores, mientras pensaba qué aportar. Y centré mi mirada, como me recomendó el viejo Canchi. Pasé al frente, un atril me esperaba. De memoria no recuerdo nada en absoluto de lo que he dicho allí. Sí tengo la imagen de esos segundos previos. Esperé se ordenara el tremendo quilombo que dejó la exposición anterior, y antes de tomar la palabra cumplí la instrucción mirando a Liliana, a Beatriz, a los muchachos de la Colifata, a los del Frente de Artistas, y en ellos representados a todos los seres humanos

de carne y hueso que sufrieron por no tener una Ley de Salud Mental y que se cumpliera, y me volé recordando:

Mi prima con síndrome de Down, que nunca tuvo que pasar por un hospicio, gracias a la contención de su familia, mi tío esquizofrénico que tuvo mil internaciones agudas, pero nunca vivió en el manicomio, porque tuvo un grupo de crianza pudiente y sostén que lo mantuvo en vida comunitaria, con todos los avatares y hasta errores que ello implica, mi tía Carmen, desaparecida por estudiar psicología en plena Dictadura y su esposo, mi tío Daniel, por ir a buscarla al Obispado de la Plata, en vez de rajar. Y me volé aún más mientras se acomodaban los últimos: recordé a los pacientes que sacamos con pibes estudiantes, como practicantes, del hospicio de Melchor Romero, llamado “hospital neuropsiquiátrico”, pero donde la mayoría de su moradores morían y mueren ahí.

Recordé, viendo a esta Beatriz (la mamá que militaba la ley desde su asociación civil de familiares de personas con esquizofrenia), a la otra Beatriz, Perossio. De quien me habló mucho Matilde segundos antes de ingresar, al decirme *“ella hubiera estado acá, estoy segura, dándote un abrazo o en tu lugar”*.

Y no sé qué más. Un turba de flashes. Esos que se disparan solos en breves instantes. Y comencé a hablar. Tengo una nebulosa desde ahí en más: absolutamente nada sé de lo que hubiera dicho. Lo único que tengo como viniendo del más allá, es haber citado al maestro Alfredo Kraut, porque sepan, estimados y estimadas, si del enfoque de derechos hemos de hablar, todos somos un poco hijos de su impronta. Si se habla de una Ley de Salud Mental coherente con los Derechos Humanos como paradigma ordenador se debe a esa persona insustituible en esta historia.

Recuerdo ahora también que estaban mis amigos de la Secretaría de DDHH, entrañables. También, mis odiadores internos.

Los senadores firmaron el dictamen. Se encargó Canchi, o alguien por él designado/a. Ni eso supe. Matilde al día siguiente me confesaría: *“no sé cómo lo hizo, pero firmó el dictamen hasta la Chiche”*.

Lo puedo escuchar en mi oído aún ahora, a eso de las 22 horas del largo miércoles citado.

- Hola pibe, tenemos las firmas. La semana que viene tratamos de ponerlo en el Orden del Día. Si no, será en las siguientes, pero va al recinto en cuanto podamos.

- Canchi, ¿y qué se trata en el recinto?

- Yaguito, vos ponete con el presupuesto para transmitir la Ley por todo el país. El año que viene necesitaremos fibrones para marcar

la raya, porque estaremos sentados culo en viaje todo el tiempo. Yo me encargo de esto, la colamos detrás de algún mamotreto con más circo mediático.

No recuerdo ahora detrás de cuál proyecto entró, pero fue así como lo planificó y terminó siendo votada por unanimidad, salvo el caso del Senador Artaza, que se abstuvo. Al tiempo me enteré que fue por pedido de su terapeuta psiquiatra, pero no le dio al tipo para ser el único voto negativo... evidentemente.

Así termina esta historia, contada con el único fin de ver si alguna persona caritativa con llegada al Congreso, su biblioteca o archivo, puede conseguir las actas de esas dos largas jornadas de debate en el Senado de la Nación. De seguro Matilde me las hubiera alcanzado, pero se fue antes de lo previsto a tomar mates y hablar de política y de todo un poco con Beatriz.

Mayo 2018

REPÚBLICA ARGENTINA
VERSIÓN TAQUIGRÁFICA
CÁMARA DE SENADORES DE LA NACIÓN
REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD Y DEPORTE

Salón "Auditorio" — H. Senado de la Nación

19 de octubre de 2010

Presidencia del señor senador Cano.

Sr. Presidente. — Gracias, doctor Sylvestre Begnis. Tiene la palabra el señor licenciado Yago Di Nella, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones.

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

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

En lo que respecta a la situación en el país en lo que hace a

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

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

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

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

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

Como dijo Sylvestre Begnis, esto ya está siendo en parte suplantado, porque algunas de estas provincias ya están muy cerca de este número y otras están muy lejos. La situación es muy dispar. Justamente, la ley viene a instalar el criterio de equidad respecto de los presupuestos, para que un habitante no tenga distinto trato por el hecho de estar en una provincia o en otra de este país, porque bajo el respeto del federalismo y en base a los compromisos nacionales

e internacionales que tiene nuestro país, también nos debemos un criterio de equidad y es que, si un habitante está en las provincias de San Luis, de Río Negro, de Chubut, de Santa Cruz o de Tierra del Fuego, tiene un tipo de trato y, si está en las provincias donde el único recurso es el manicomio, tiene otro. Nosotros respetamos el federalismo —ahora hablaremos un minuto de ello—, pero también, y sobre todo, el carácter de ciudadano argentino es el que estamos poniendo aquí como contrapeso a esto.

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

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

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

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

También se han manifestado organismos internacionales. Nosotros venimos hace una semana de un encuentro que se realizó en Panamá, donde se reunieron las direcciones de salud mental de todos los países, junto con la OPS/OMS. Allí se presentó a este proyecto de ley como un proyecto modelo a ser replicado por los demás

países de la región. Lo ha presentado la OPS —no nosotros— y nos han pedido que vayamos, justamente, para presentar este proyecto como un proyecto de ley modelo. No lo decimos nosotros, lo dice la OPS, quien también ha estado en el Congreso de la Nación pidiendo la sanción del proyecto de ley. La OMS, a través de Benedetto Saraceno, también solicitó la sanción urgente del proyecto de ley y se ha manifestado reiteradamente desde la OMS en este sentido.

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

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

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

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

Hoy estamos ante un vacío legal tan bien señalado por el mayor especialista en la materia, el Dr. Alfredo Kraut, que es la principal razón por la cual insistimos con un proyecto, que podrá no ser el ideal —no conozco un proyecto de ley que haya salido como ideal y con respecto al cual nadie haya tenido ningún tipo de planteo. Reconocemos que tenemos mucho por trabajar y ponemos a disposición toda la infraestructura necesaria para trabajar en la reglamentación, para

corregir eventuales problemas. Pero necesitamos un proyecto de ley que permita urgentemente atender a la población.

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



A MODO DE INTRODUCCIÓN¹

Discurso del Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias de la Organización Mundial de la Salud en el Congreso de la Nación Argentina

Benedetto Saraceno

CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION

En Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de
agosto de 2009, a la hora 15 y 57:

Sr. Presidente (Sylvestre Begnis).- Vamos a dar comienzo a la reunión en la que contaremos con la presencia del doctor Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias de la Organización Mundial de la Salud.

Agradecemos muy especialmente a la Organización Mundial de la Salud y a la Oficina Panamericana de la Salud, que siempre están aportando profesionales del más alto nivel de la conducción de la salud en el mundo en cada una de las especialidades, lo cual nos inspira y nos ayuda a seguir adelante con toda la tarea legislativa.

El que vamos a tratar en el día de hoy es un tema que tenemos en cartera y que por no tener quórum en la Cámara el año pasado no pudimos darle la sanción que le faltaba al proyecto de ley que según nos comentaba el doctor Saraceno ya conoce.

Por supuesto que la platea es muy rica. Tenemos que destacar la presencia de algún ex ministro de la Nación, algún ex director de Salud Mental de la Nación², gente que ha hecho historia y que permanentemente está trabajando en este tema, además de universitarios, etcétera.

Adelanto que estamos muy cerca de dar dictamen a este nuevo texto de salud mental, para poder llevarlo a la Cámara antes de fin de año y así darle sanción. Por eso es muy importante poder contar

hoy con la presencia del doctor Benedetto Saraceno.

Según nos informó José Antonio Pagés, representante de la OPS en la Argentina, el doctor Saraceno está acompañado por gente de la Oficina Panamericana de la Salud y va a hacer una presentación respecto de cómo está este tema desde el punto de vista de la OMS y de los distintos países, incluyendo el nuestro.

Doctor Saraceno: la platea es suya y, como una vez dijo el amigo Lisandro de la Torre, remato la palabra.

Sr. Saraceno.- Muchas gracias, señor presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados, señores diputados, funcionarios, amigos y colegas.

Es un honor para mí poder llevarles la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud en el área muy controversial de salud mental y abuso de sustancias.

Pienso que se da algo excepcional cuando un funcionario de OMS viaja a un país y se encuentra con los profesionales de la salud de ese lugar. Hoy en la Argentina tuve la oportunidad de encontrarme con políticos que se ocupan de salud y en mis quince años de carrera como funcionario de la OMS tengo el honor y el placer de poder compartir la visión de ese organismo con diputados y legisladores, que tienen obviamente una tarea importante en el área.

Intentaré, en un tiempo no demasiado largo, presentarles cómo ha sido la evolución, a lo largo de los últimos diez años, del pensamiento de salud pública de la OMS frente a los desafíos de la salud mental y de la enfermedad mental. Voy a utilizar como punto de partida, quizás artificialmente, el año 2001 en el que la directora general de la OMS de entonces, la ex primera ministra de Noruega, señora Gro Harlem Brundtland, decidió que el informe mundial de la OMS estaba totalmente dedicado a salud mental. Fue una sorpresa para todos y una fuente de ansiedad para mí, pero también de entusiasmo, porque era una oportunidad única tener la posibilidad de hablar a todos los ministros del mundo sobre salud mental. En 2001 para nosotros la clave fue convencer a los ministros que la salud mental, el programa de enfermedad mental, era una carga grande que se había mantenido desconocida en la agenda de salud pública.

La agenda de salud pública antes de 2001 miraba a la mortalidad y no a la discapacidad. En 2001 se introdujo por parte del Banco Mundial y de la OMS la idea que cada enfermedad tiene una carga que resulta de la mortalidad precoz que ella determina sumada a los años de vida vividos con discapacidad, o sea si yo tengo un cáncer muy grave y tengo pocos años de vida con discapacidad, porque me

muerdo, tengo una carga de mortalidad muy alta porque muerdo rápido.

Si en cambio tengo un accidente de tránsito y como consecuencia de él pierdo una pierna, sigo viviendo porque los años perdidos de vida son pocos y no voy a morir por haber perdido una pierna, pero los años de discapacidad son muchísimos.

Combinando la mortalidad y la discapacidad de cada enfermedad se tiene la carga de cada grupo de enfermedades: cáncer, enfermedades cardiovasculares, infecciosas, etcétera.

Si sacamos la mortalidad producida por la enfermedad mental y mantenemos solamente la discapacidad que la enfermedad mental genera –pido disculpas porque algunas de estas transparencias están en inglés- vemos que de las diez primeras causas de discapacidad en primer lugar está la depresión, en cuarto lugar el alcohol, seis la esquizofrenia y en octavo los trastornos afectivos bipolares. Es decir, entre las diez primeras causas de discapacidad a nivel mundial cuatro pertenecen al área de salud mental; esto significa que la carga de discapacidad representada por enfermedad mental es inmensa.

Miremos ahora a la región de las Américas. En América Latina y Caribe el número de adultos que padecen enfermedades mentales se distribuye de la siguiente manera: 30 millones depresión, 30 millones alcoholismo, 11 millones distimia, 5 millones abuso de drogas y 4,7 millones trastorno bipolar. Todos estos son millones de personas que en un punto temporal, extrapolado de la vida, padecen una enfermedad mental en este momento en América Latina. Estos valores son de países de las Américas que no incluyen a Canadá y Estados Unidos.

Observen esta transparencia y concéntrense en el 8,5 que representa a los países en vías de desarrollo con baja mortalidad, como es el caso de Argentina; es decir, países en vías de desarrollo que son bastante desarrollados y tienen una mortalidad infantil muy baja, como es el caso de Argentina.

Si miramos este tipo de países el 8 por ciento de la mortalidad está representada por problemas relacionados con el consumo de alcohol; es una cifra inmensa. Si observan la prevalencia del beber excesivo episódico en diez países de esta región en primer lugar está Canadá con un 48 por ciento, luego tenemos a Perú con un 37 por ciento y Argentina con un 30 por ciento ocupando el tercer lugar. Por lo tanto, podemos decir que Argentina tiene un problema de salud pública relacionado al uso y abuso del consumo de alcohol.

Si observamos la última línea de la filmin, que representa a la población general, el 10 por ciento de las personas sentadas –tomadas como población general- en esta sala tiene algún problema de depresión. Pero si en lugar de tomar a las personas que están

presentes aquí tomamos a aquellas que padecen de tuberculosis vemos que el 46 por ciento de ellas tiene depresión. Si esta sala estuviera llena de gente con sida, el 44 por ciento sufriría de depresión; en el caso del cáncer el valor sería del 33 por ciento, diabetes el 27 por ciento, derrames cerebrales 31 por ciento, epilepsia 30 por ciento, infartos 22 por ciento e hipertensión un 29 por ciento.

La comorbilidad entre lo físico y lo mental empeora lo físico y empeora lo mental. Es decir que la enfermedad mental es un factor de riesgo para la enfermedad física y viceversa.

Yo podría seguir hasta aburrirlos con tablas y tablas. Ese fue nuestro mensaje en el 2001, convencer a los ministros, a los planificadores, a los profesionales que salud mental ocupaba un lugar de importancia en la agenda de salud pública también en países pobres.

Había un mito que era un error: la salud mental es un problema de los países ricos. No es así. Alcohol, drogas, depresión, suicidio son problemas de países pobres también. El problema de la salud mental es de los pobres y de los ricos, del rural y del industrializado, de la mujer y del hombre, de niños y ancianos.

Es un problema enorme y este fue el mensaje del 2001. Pero nosotros nos dimos cuenta en el 2003/2004 que no era suficiente tocar la campana y decir que es un problema terrible: alarma, alarma.

Muy bien. *So what?* Entonces, ¿qué quiere decir esta alarma? Nos volvimos un poco más sofisticados e introdujimos la noción de brecha, *gap*. ¿Brecha en qué? Los que reciben prevención de enfermedades mentales y los que no la reciben. Hay una brecha enorme. Son muy pocas las poblaciones que reciben algún tipo de prevención. ¿Quién está recibiendo programas de prevención de suicidio? Muy poca gente. ¿Quién recibe programas de prevención de abuso de alcohol? Muy pocos. ¿Quién recibe programas de prevención de retraso mental y capacidad intelectual? Muy pocos.

Hay una brecha entre lo que se tendría que hacer en prevención y lo que efectivamente se hace. También hay una brecha entre los que al tener un problema de salud mental no son estigmatizados, no son discriminados y los que al tener un problema de enfermedad mental son estigmatizados y son discriminados.

Es una brecha inmensa. El 99 por ciento de las personas que tienen un problema de salud mental tienen algún grado de estigma. El enfermo mental es estúpido, es peligroso, nunca se recuperará, es un enfermo crónico sin posibilidad de mejora; todas estas son estigmatizaciones erróneas. La discriminación es diferente, el estigma es una percepción y la discriminación es un hecho.

Son leyes que discriminan, no pueden comprar una cosa, no pueden firmar un contrato, hay países en los que no se pueden casar

porque tienen una enfermedad mental. La discriminación y el estigma es otra brecha que hay que corregir.

Después hay una brecha que es común con otras enfermedades, que es el acceso. ¿Cuántos son los que al tener un problema tienen acceso a algún tipo de tratamiento? Después lo voy a demostrar. Muchos no lo tienen. En países más ricos tienen más acceso que en países más pobres, pero hay un problema de acceso al tratamiento. Lo interesante es que uno puede decir que eso se aplica a enfermedad mental, pero también a malaria, a gripe, etcétera.

Los países pobres no le brindan suficiente acceso o cobertura de salud a la población. Pero nosotros, salud mental, tenemos un problema adicional. Si no hay acceso a la vacuna de polio para los niños y aumentamos el 5 por ciento de acceso a la vacuna, ¡maravilloso! Si nosotros aumentamos el acceso de las personas que padecen enfermedades mentales a recibir maltrato en un manicomio, ¿maravilloso? ¿Es mejor ser tratado o no ser tratado?

En algunos países me he encontrado con usuarios que me decían: "Usted doctor viene aquí a decir que tenemos que tener más acceso al tratamiento. ¿Ha visitado usted el manicomio? Yo no quiero tener acceso, yo prefiero estar enfermo." Tenía razón. O sea, nosotros no podemos decir que una vez que hay acceso es una maravilla. ¿Vamos a dar acceso a qué? ¿Acceso a celdas? ¿A *electroshock* sin consentimiento informado? ¿A violaciones de los derechos humanos? ¿A falta de privacidad de los baños? ¿Acceso a humillación, a pasear medio desnudo, sin perspectiva, en un hospital? ¿Ese es el acceso que queremos? Evidentemente no.

Entonces tenemos un problema de brecha en el acceso y en la calidad de la atención que brindamos a las personas una vez que tienen acceso.

Todo esto se transforma en un gran problema, que es el problema de la brecha en el tratamiento. Fíjense que en un estudio que hicimos observando pacientes con problemas graves de salud mental para ver si habían recibido algún tipo de tratamiento en los 12 meses precedentes al contacto con nosotros, en los países pobres, *developing countries*, entre el 76 y el 85 por ciento no había recibido nada. Pero lo que más impresiona de esta lámina es que en los países ricos, entre 35 y 45 por ciento tampoco había recibido algo. El 65 por ciento de la depresión mayor en Estados Unidos no es tratada porque cuesta, porque la gente no tiene la capacidad de pagarse el tratamiento. Entonces no es solamente un problema de países en vías de desarrollo, sino que hay un problema de brecha en el tratamiento.

Vamos a ver cuál es el hiato, la brecha asistencial en América Latina y el Caribe. No reciben tratamiento el 58 por ciento de las

personas con psicosis no afectivas, el 53 por ciento de las personas con alcoholismo, el 46 por ciento de las personas con trastorno bipolar y el 41 por ciento de las personas con trastornos de ansiedad. Porque en nuestro debate sobre la ley, el hospital, la salud mental comunitaria, estamos hablando sólo de una parte de la población, la que tiene acceso. Pero hay otra parte de la población que no es parte de esta discusión porque no reciben nada. Ahora bien, esta brecha no es sólo una brecha en servicios sino que es una brecha también en dinero.

Estas barras son la clasificación de los países que realiza el Banco Mundial. Hay países con muy bajo ingreso, países de bajo-medio ingreso, países de medio-alto ingreso y países ricos, de alto ingreso. Todo esto es el sobre de dólares que constituye el presupuesto de salud. El amarillo indica cuántos de estos dólares se destinan a salud mental. Entonces, en los países ricos como Noruega, el 6,8 por ciento del sobre lleno de dólares del presupuesto para salud del país se gasta en salud mental. Es decir que de cada 100 dólares, 6,8 dólares se gastan en salud mental.

Pero antes decíamos que la carga de morbilidad de salud mental era del 15 al 18 por ciento. Sin embargo estamos gastando el 6,8 por ciento.

Bajamos en la riqueza del país y vemos que se destina 3,4 por ciento, 2,7 por ciento y 1,5 por ciento respectivamente. Y por favor entiendan que este sobre es más chico que el primero. O sea, el porcentaje es más bajo de una cantidad de dinero que es notablemente más baja, porque si este es el presupuesto de salud en Camerún, en Camerún el 1,5 por ciento se destina a salud mental, pero no es el mismo sobre con el que cuentan Noruega o Suecia.

Entonces la brecha se da también en recursos financieros para salud mental.

Hicimos recomendaciones, como siempre hace la OMS. A veces es fácil recomendar a los países, se recomiendan cosas que no molesten al ministro de un país o al ministro del otro y se termina con algo un poco vago, por ejemplo, que ser rico es mejor que ser pobre; recomendaciones que no tienen impacto y no son muy contundentes. Tratamos de dar recomendaciones sensatas, la primera es dispensar tratamiento en el nivel de atención primaria. Luego, asegurar la disponibilidad de fármacos y psicotrópicos en todos los lugares más remotos del país; dispensar atención en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, familias y consumidores; establecer políticas, programas y legislaciones nacionales; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de la comunidad. Noten una cosa en estas

recomendaciones: la palabra hospital psiquiátrico no está. No es parte del menú. La OMS no considera que en el año 2000 una atención en salud mental moderna tenga que hacer referencia al asilo psiquiátrico. No está. Se habla de comunidad, de atención primaria, de familia, de usuario, de intersectorialidad. No se habla de hospital psiquiátrico. No se dice: "Hay que cerrar todos los manicomios", no hablamos de esto. El futuro de la atención en salud mental no está dentro del marco de la lógica del hospital psiquiátrico.

En la OMS estamos en una etapa nueva y este es el mensaje que les vengo a traer a ustedes, señoras y señores: a pesar de estos documentos importantes, a pesar de estas políticas importantes, a pesar de la evidencia de que la carga es grande, que el costo del tratamiento es modesto comparado con otras enfermedades imagínense el costo de la antirretroviral para SIDA o de complejas cirugías-, salud mental no cuesta mucho. La carga es grande, sabemos cómo hacerlo, lo hacemos bien cuando nos dejan hacerlo pero no pasa nada. No pasa estrictamente nada. Ahora, ¿por qué no pasa nada? Esa es la reflexión que yo estaba haciendo ayer con los colegas de las provincias de Argentina. ¿Por qué no pasa nada? ¿Somos malos? ¿Somos estúpidos? Hay una primera barrera a la implementación de todo lo que sabemos que es la más obvia: no hay recursos; no hay dinero. Yo creo que esto es verdad pero al mismo tiempo también es una excusa que los profesionales y todos utilizan para decir: "No es mi problema, el Estado tiene que darme más plata, si me dan más plata voy a hacer cosas maravillosas". No es así, no es cierto. Hay sistemas de salud mental, se los puedo asegurar sin mencionar el nombre de los países, donde el recurso financiero es inmenso y la calidad de los servicios es pobre. Entonces no es suficiente decir: "Denme más". Nosotros, junto con los ministros, estamos tratando de analizar las barreras que impiden una implementación de lo que sabemos, de lo que queremos hacer. Todos queremos salir del manicomio, todos queremos lanzarnos a la comunidad, todos queremos reintegrar a los pacientes con plena ciudadanía, todos queremos compartir el esfuerzo con la atención primaria. ¿Estamos de acuerdo? Sí, estamos de acuerdo, pero no pasa. ¿Por qué no pasa? Por las barreras.

Barrera número uno: el financiamiento es insuficiente. Es verdad. La página es larga y yo le puse otras barreras. La centralización de los recursos de salud mental en instituciones de gran tamaño, situadas en grandes ciudades con sus cercanías, es la principal barrera que encontramos para tener una atención en salud mental decente. No se hace salud mental, como lo hace Latinoamérica, gastando el 85 por ciento del presupuesto de salud mental para mantener hospitales psiquiátricos, que a veces dan vergüenza.

Esta es la realidad. No hablo de la Argentina, estuve cuarenta y ocho horas aquí -es mi primera visita-, por lo tanto no tengo ninguna opinión formada y sería arrogante tenerla. Pero tengo clara opinión sobre los setenta países en los que he trabajado con la OMS, visitando sus manicomios. Por esa razón, puedo decir que no se puede concebir que el 85 por ciento del escaso recurso financiero sirva para mantener lugares que, en algunos casos, han sido denunciados por organismos internacionales por violaciones de derechos humanos. Este es el punto.

No podemos concentrar el recurso médico, el financiero, ni el de los enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales porque al manicomio llega un fragmento de la demanda.

Un señor que está lejos, en un lugar remoto de la Argentina y tiene una depresión ¿qué tiene que hacer? ¿ir al manicomio? No. Entonces necesitamos descentralizar el recurso para aumentar la cobertura de respuesta a la demanda. Esa es una barrera, quizás la principal, ya que antes de pedir más plata al gobierno tenemos que gastar la que tenemos de manera racional; no puedo gastarla en un manicomio que no funciona y pedir al señor ministro que me dé más. Debemos ser claros en la complejidad de la integración de la atención en salud mental en los servicios de atención primaria.

La atención primaria no puede volverse una religión ni un mito que cuando se habla de ella todos aplauden de pie. La cuestión es la siguiente: saliendo de la atención terciaria -manicomio, hospital psiquiátrico ¿podemos bajar a la atención primaria y ella resuelve todos los problemas? Mentira. No se entiende por qué el pobre médico de cabecera que está sentado en un consultorio de atención primaria tenga que hacerse cargo de toda la complejidad de la salud mental. Entonces, tenemos que repensar la noción de cómo interactuar entre atención primaria y secundaria -sobre este punto voy a volver en un momento porque es central.

El bajo número de personal especializado, debidamente capacitado, supervisado para brindar atención en salud mental es un problema en la atención primaria del mismo modo que lo son las frecuentes deficiencias de los dirigentes en el área de la salud mental en cuanto a su experiencia y destrezas en materia de la salud pública.

La salud pública no es la clínica, porque el mejor clínico no es automáticamente el mejor salubrista. Necesitamos salubristas para concebir a la salud mental de forma moderna. Los clínicos deben hacer la clínica pero no organizan servicios sino que atienden a los pacientes.

Necesitamos profesionales de la salud mental más educados en salud pública, así como necesitamos profesionales de la salud

pública más educados en salud mental. Es decir, es un cruce: nosotros desde la salud mental tenemos que educar a los salubristas y ellos tienen que educarnos.

Si observan esta torta nos dice que el 65 por ciento de las camas psiquiátricas en el mundo –a pesar de la recomendación de la OMS- sigue en los manicomios. ¿Dónde tendrían que estar esas camas? En el sector amarillo donde pueden ver las casas de medio camino y los hogares protegidos, pero solamente el 19 por ciento de ellas están allí. Tendrían que estar en el sector azul donde figura el 15,9 por ciento, que son las camas psiquiátricas en hospitales generales. Esta es una de las claves para superar las barreras.

Seguimos manteniendo este 65 por ciento que devora no solamente los derechos ciudadanos de nuestros pacientes sino también el dinero que estamos invirtiendo en salud mental.

Las condiciones de vida del manicomio son estas. Uso abusivo de aislamientos y restricciones también en niños con deficiencias mentales. El aburrimiento, la falta de perspectiva, la falta de proyecto. ¿Cuántos pacientes están tirados en el piso mirando una televisión, fumando con los dedos amarillos, paseando con movimientos repetitivos, institucionalizados?

Todo esto lo conocemos, es la realidad del hospital psiquiátrico en todo el mundo. Es como el Sheraton, es igual en todos lados pero con pequeñas diferencias. El Sheraton de Osaka es igual que el de Buenos Aires. El manicomio de Osaka y el de Buenos Aires son muy similares. Es lo malo.

¿Cómo tendría que ser la historia? Al revés que esta pirámide, porque esta pirámide nos dice que la demanda de la comunidad está acá, en la base, se autocuida; goza de la capacidad terapéutica que la misma comunidad proporciona a las personas. Y cuando las personas están mal se van a través de la atención primaria a un nivel de servicio de salud mental comunitario. Entran por un servicio mental comunitario sin camas o en una cama de un hospital general. Pero estamos en un nivel secundario. Después sube el hospital psiquiátrico que es el nivel terciario.

La demanda está abajo “Frecuencia de la demanda” que está bajando. El dinero está arriba, bajando. Hay algo que no funciona. El dinero está donde no está la gente. Donde está la gente no hay dinero. El dinero no es solamente el dinero, son los recursos, la inteligencia, la creatividad, la profesionalidad.

Esta es una adivinanza y lo digo siempre. ¿Qué quiere decir esto? El número que falta. Los salubristas nos han enseñado hace cincuenta años que hay tres niveles: terciario: profesional especializado; secundario: especialidad sin hospital; primario: atención primaria.

Todos estamos en el nivel terciario o primario. Del secundario nunca se habla. Estamos en hospitales psiquiátricos y queremos cerrarlos, ¿donde van los pacientes? A la atención primaria. Mentira, van a la calle. Abandonados, si no tenemos un fuerte servicio de salud mental comunitario que se haga cargo y con un brazo trabaje a referencia y contrarreferencia con la atención primaria; y con el otro brazo trabaje con manicomio impidiendo que nuevos pacientes jóvenes vayan acumulando nuevas generaciones de crónicos y trabaje con toda la red comunitaria: la casa de medio camino, el hogar protegido, la cooperadora de trabajo, el cura, el sindicato, la familia. Esta es la riqueza de la salud mental comunitaria. El recurso ahí está.

Yo siempre digo que *Robinson Crusoe* bajó a la isla y dijo que no había nada. Al segundo día dijo que había fruta, al tercer día dijo que había agua, al cuarto día dijo que había pájaros y los cazó. Al quinto día dijo que había personas. Lo que ha cambiado no es el contenido de la isla, sino la mirada de *Robinson*. Él aprendió a ver los recursos de la isla, a ver la humanidad en la isla y eso es lo que le falta a los profesionales de la salud mental.

Nosotros estamos sentados en nuestro consultorio y decimos que ésta es la salud mental comunitaria. No; esto es un consultorio con una dirección postal en un barrio. Eso no es la salud mental comunitaria. Salud mental comunitaria es entrar dentro de la comunidad, utilizar la riqueza de la comunidad. Decíamos que el *missing number* es el número 2: salud mental comunitaria.

Si queremos cambiar todo esto tenemos que modificar muchos paradigmas que tenemos en la cabeza. Por eso digo que el problema no es solamente que el ministro dé más plata sino que nosotros utilicemos más el cerebro y eso no depende del ministro sino de los psiquiatras. Si los psiquiatras no utilizan el cerebro el ministro les puede dar mucha plata pero siempre faltará algo: el cerebro. Tenemos que transitar de una aproximación biomédica a una biopsicosocial. Yo siempre digo que no es un juego de palabras decir "Usted es un esquizofrénico argentino" o decir "Usted es un argentino que padece esquizofrenia". Primero es un argentino, primero es un ciudadano; es un ciudadano con una discapacidad, con una vulnerabilidad, con una enfermedad, pero primero tiene la ciudadanía. La ciudadanía no es una *optional*, como cuando uno compra un auto y elige si tiene radio o no. El último paciente, el más discapacitado, el más retrasado mentalmente primero es ciudadano, después es paciente. Tenemos que hacer esta transición cultural, jurídica, política y ética.

Tenemos que pasar de una atención a nivel terciario a una a nivel secundario. La integración en la comunidad tiene que ser tomada en serio.

Debemos ir de la atención a corto plazo a la de largo plazo. Hace 50 años la gente moría mucho más, no había enfermedades no transmisibles crónicas. Uno entraba al hospital y salía curado o muerto. Hoy la gente entra al hospital y no sale ni curada y muerta sino que sale con una enfermedad compensada que le permite a las personas con cáncer tener una supervivencia de 10 a 20 años, permite vivir muchos años a las personas con hipertensión, a los obesos, a los diabéticos, a los esquizofrénicos. Entonces, nosotros calculamos que una persona que tenga una enfermedad crónica no transmisible pasa hasta el 95 por ciento de los días -años- de su enfermedad fuera del hospital, enfermo, y el 5 por ciento internado, cuando tiene una crisis, cuando se descompensa. Pero toda la medicina siempre gira alrededor del hospital, como si ahí se jugara todo el partido. El partido se juega también en el hospital, pero en la enfermedad crónica cáncer, hipertensión, diabetes, obesidad, esquizofrenia, depresión el partido se juega en casa, en la comunidad, y ahí tiene que estar el servicio de salud, ahí tiene que estar la atención al paciente.

Finalmente hablamos de la rehabilitación tomada en serio. La rehabilitación no es un taller en un manicomio donde se hacen ceniceros y muñequitas. Esto no es rehabilitación, eso es una mentira. La rehabilitación no es hacer ceniceros, la rehabilitación es vivir, es mirar la televisión, ir al bar, tomar un trago de vino, hablar con una mujer si es hombre o viceversa, leer el periódico, tener una contractualidad, quizás más modesta, pero una contractualidad social al fin. Esta es la rehabilitación.

Sin embargo, seguimos haciendo pintar a los locos. Yo no quiero locos pintando. Quiero locos ciudadanos, y los ciudadanos no pintan, pocos pintan. ¿Ustedes pintan? No. Entonces, ¿por qué los locos tienen que pintar? Ese es el problema.

Finalmente, se debe pasar de una acción clínica individual a una acción de equipo. Pero equipo tomado en serio. El médico, el psiquiatra, la psicóloga, la trabajadora social, la terapeuta ocupacional, el enfermero, esto no es un equipo; es una fila que espera el colectivo. El equipo es un grupo que integra conocimientos, que hace intercambio de sabidurías. Las trabajadoras sociales no son las compañeras que van con los papeles a "limosnar" una pensión.

Los terapeutas ocupacionales no son los compañeros que van haciendo muñequitos. Los psicólogos no son los que hacen entrevistas. Los enfermeros no son los que nos llevan el café a la mañana. Hay que cambiar la dignidad de todos los roles profesionales, de todos los saberes profesionales; tienen que ser rehabilitados.

Conclusión: este mismo discurso yo lo hacía hace diez años para luchar y lograr derechos, hoy tenemos herramientas jurídicas y

estamos pasando de la etapa de la limosna de derechos a la de exigir derechos. Su país, Argentina, ha ratificado la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, que tiene valor constitucional, o sea que está por arriba de las leyes nacionales. Se acabó la etapa de los derechos pedidos, ahora los derechos estarán exigidos. Argentina la ha ratificado y esto quiere decir que está expuesta a riesgo de ser denunciada si no cumple con lo que firmó. Digo Argentina como puedo decir Chile, Brasil u otro país. Pero este es un elemento más que no pasa de una etapa, digamos, boy scout a favor de la salud mental comunitaria a una etapa que tiene su forma, sus reglas, sus herramientas jurídicas, sus bases científicas en evidencia, sus bases éticas en leyes, sus bases prácticas en buenas prácticas que existen en este país, aunque se hable más de las cosas que andan mal. Pero estén orgullosos de que en Río Negro se puso en práctica la ley de desmanicomialización. Quiere decir que también Argentina puede estar al frente del cambio. Muchas gracias. (*Aplausos*).

Sr. Presidente (Sylvestre Bégnis).- Doctor Saraceno, muchas gracias por su disertación.

Quiero aclarar que en este país los locos se casan varias veces y yo soy uno de ellos. (*Risas*).

Vamos a dejar tiempo libre para que puedan realizar preguntas al doctor Saraceno, al doctor Hugo Cohen, al doctor Alfredo Kraut, que es experto de la Corte Suprema de Justicia en este tema, y por supuesto al autor del texto que estamos analizando en la Cámara de Diputados, diputado Leonardo Gorbacz.

(LUEGO DE INTERVENCIONES Y PREGUNTAS)

Sr. Presidente (Sylvestre Bégnis).- Tiene la palabra nuevamente el señor Saraceno.

Sr. Saraceno.- Con relación a las dos intervenciones no entro en el aspecto local de la Ciudad de Buenos Aires porque no lo conozco, no entiendo bien la referencia general, me parece que ambas tienen razón cuando dicen que ¿quién dice que estamos todos de acuerdo?, o ¿están todos de acuerdo?

Tiene razón, no todos están de acuerdo.

Lo que dije es que si las personas utilizan los tres criterios que utiliza la OMS para avalar una estrategia de salud, que son la medicina basada en evidencias, la ética -los derechos humanos- y las buenas prácticas, o sea, implementaciones reales en países reales de

modelos teóricos, porque si el modelo se queda en lo teórico puede ser maravilloso pero tenemos que saber que alguien lo hizo y lo hizo bien. Cuando nosotros tenemos a Brasil que en los últimos 20 años ha disminuido notablemente en miles de camas, pasando de 80 a 1700 centros de salud mental comunitaria en 15 años, cuando tenemos a Chile que ha venido cerrando hospitales psiquiátricos y reemplazándolos con salud mental comunitaria, sabemos que tenemos las buenas prácticas que nos guían. Cuando miramos los estudios epidemiológicos que nos muestran que el tratamiento fuera del manicomio obtiene más en términos de reintegración social y de mejora clínica, sabemos que tenemos la ciencia de nuestro lado. Y cuando tenemos las recomendaciones de la Convención de Naciones Unidas y otras herramientas jurídicas, sabemos que tenemos el derecho y la ética de nuestro lado.

Si estas son las tres fuentes que nos inspiran, todos debemos estar de acuerdo. Si no estamos de acuerdo es que no estamos inspirados por estas tres fuentes de conocimiento que son las que inspiran a la OMS y entonces estamos inspirados por otras fuentes: los medicamentos, la industria, el ensayo clínico controlado, intereses inmobiliarios –como aquí se dijo, pero otros intereses que no son las tres fuentes de surgimiento de los conocimientos salubristas que guían a la organización. En ese sentido estamos todos de acuerdo o mejor dicho, deberíamos estar todos de acuerdo.

(Aplausos)

(LUEGO DE INTERVENCIONES DE LOS ASISTENTES)

Sr. Presidente (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra el doctor Saraceno.

Sr. Saraceno.- Ha sido un debate muy lindo y les agradezco por haberme invitado. Quiero hacer dos o tres consideraciones finales.

Una Ley de Salud Mental es necesaria y no es suficiente, seguramente. En muchos países la ley no ha sido un punto de partida sino un punto de llegada de un proceso de transformación, en Italia y en otros países ha sido un proceso paralelo. La ley Paulo Delgado ha sido un proceso paralelo al proceso de reforma de la salud mental en Brasil y diría que ha sido no suficiente pero necesaria. ¿Por qué necesaria? Porque los grandes líderes encabezan durante cinco o seis años un proceso con punta de lanza pero hay momentos también donde la atención, la motivación y la pasión caen y las leyes quedan, entonces no podemos pensar que los derechos de los ciudadanos sean ciclotímicos. Si está el gran líder, los derechos están *up*, si no

está el gran líder, los derechos están *down*. La función de los legisladores es garantizar que en el *up* y en el *down* los derechos siempre estén, entonces una ley es necesaria. ¿Una ley que diga que los jefes de servicio tienen que ser médicos o no? Francamente me parece un debate medieval. Por cierto puede ser un buen médico, pero no veo por qué tiene que ser médico.

La pregunta es si puede un no médico prescribir un medicamento. No, tiene que ser médico. ¿Puede un no psiquiatra ejercer la psiquiatría? No, tiene que ser psiquiatra, pero es dirigente de un servicio de salud mental. Salud mental no es un paciente, es una organización y necesita una persona que tenga madurez, liderazgo, capacidad y puede ser de cualquier profesión.

Usted me pregunta sobre la experiencia de otros países y podría entretenerlos pero voy a dar una respuesta breve.

Durante muchos años el director nacional de salud mental de Inglaterra era un enfermero *senior*, capaz, maduro y fue el hombre que estuvo sentado en la conducción de la Dirección Nacional de Salud Mental; eso pasa en muchos países nórdicos como Suecia, Noruega y Finlandia en donde la jefatura del servicio no tiene nada que ver con el título de médico.

En mi opinión no se trata de un problema, si bien entiendo que para ustedes aquí puede serlo, pero creo que hay que dar un paso adelante porque –repito– me parece un debate medieval.

Para concluir quiero agradecer al señor presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados, a los legisladores que han tenido la voluntad de estar en esta tarde discutiendo y también a los profesionales y colegas que se acercaron a participar.

Como reflexión final quisiera agregar que yo no llegué aquí para decir que el problema es manicomio sí o manicomio no; esto es parte de una discusión mucho más amplia. No se trata de un partido de fútbol con dos equipos, uno pro manicomio y otro en contra, sino que es un proceso largo -como mencionaba la compañera- que implica que la deshospitalización es un pedacito pero la desinstitucionalización es un proceso complejo porque comprende la creación de alternativas, el cambio de mentalidad en los profesionales y en la comunidad; todo esto no es “manicomio sí o manicomio no”, es un proceso.

En Italia se ha pasado en julio de 1976 de 100 mil pacientes internados en noventa manicomios a 4 mil pacientes en la actualidad. Es decir, 96 mil pacientes han salido de hospitales psiquiátricos, han muerto porque estamos hablando de treinta y cinco años atrás, y los noventa manicomios no existen más. Pero se trata de un proceso que ha tomado treinta años, es un proceso de construcción de

alternativas, de recursos humanos, de pactos con las familias, con la sociedad y con el presupuesto financiero para pagar recursos.

No se trata de cerrar una cama para liberar recursos financieros porque el proceso no es lineal. Cuando hay una masa crítica e importante de camas cerradas eso libera recursos financieros y recursos humanos. Por lo tanto, el proceso es escalonado y largo.

Por esta razón, creo que ponerle un nivel muy superficial o pasional, por sí o por no, hace que la cuestión sea banal, superficial e irresponsable. Tenemos que cerrar los hospitales psiquiátricos, pero el objetivo último para la OMS no es cerrar manicomios sino mejorar la atención en salud mental para la población. El proceso de cierre es parte de otro mucho más complejo, cultural, ético y científico.

Entonces, les recomiendo que sigan en esta lucha pero con una perspectiva amplia ya que lo que están haciendo es mucho más complejo de articular. De esta manera y para concluir, quiero agradecer no sólo en forma personal sino en nombre de la Organización Mundial de la Salud. (*Aplausos*)

Sr. Presidente (Sylvestre Begnis).- Como no hay más asuntos que tratar, damos por finalizada la reunión.

- Es la hora 17 y 49.

Notas:

1. Lo que sigue constituye –a nuestro criterio- el discurso más relevante que recibió el proyecto de ley, por la pasión y personalidad de Benedetto, por provenir de la OMS, y por el contenido de su discurso. Fue previo a tratarse en la Cámara de Diputados de la Nación y obtener así la media sanción. Se trata de una fundamentación cabal del contenido de la norma, que luego fuera tan resistida en el Senado, por su consabida virtud de democratizar el campo de la salud mental. Nos pareció el mejor relato posible para introducir este libro.

2. Se refiere al Dr. Vicente Galli.