

- 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 Substancias Abusivas 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 Nación, 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 muero, tengo una carga de mortalidad muy alta porque muero 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 disturbios 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 filmina, 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, ¿dónde 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 Begnis).- 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.

Les solicito que por favor se identifiquen para que consten correctamente sus nombres en la versión taquigráfica.

Tiene la palabra el señor diputado Scalesi.

**Sr. Scalesi.-** En primer lugar, quiero felicitar la exposición del doctor pero nobleza obliga a hacer una aclaración, ya que en sus últimas palabras mencionó a la provincia de Río Negro de donde provengo.

Sentado en la cabecera se encuentra presente el doctor Hugo Cohen, autor de una ley que en su nacimiento diría fue muy polémica. Los rionegrinos no estábamos acostumbrados a ver en la calle a la gente con problemas de salud mental sino que creíamos que tenían que estar

encerrados. El doctor Cohen, junto con un grupo de colaboradores, hicieron esta ley -como dije muy polémica- que ha traspasado los límites de la provincia de Río Negro, no sólo en Argentina sino que se ha ido a otros países.

Provengo de las filas del sindicalismo donde hemos tenido charlas y compartido debates con el doctor Cohen, así como también algunas diferencias. Nosotros nos oponíamos a estas realidades que hoy estamos viendo y no me pongo rojo por decir la verdad: tampoco creía en eso. Pasó el tiempo y empecé a darle la razón, si bien fui muy crítico en el primer momento.

Hoy, que el tiempo ha transcurrido, empecé a trabajar en salud en la provincia de Río Negro y seguimos haciéndolo pero creo que falta un paso importante: tenemos que llegar a la comunidad para demostrar que un enfermo mental puede compartir con la sociedad.

Sólo me resta agradecer este espacio y aprovecho la oportunidad para saludar y felicitar al doctor Cohen, a quien hacía muchos años que no veía, por todo lo que ha hecho. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra el señor Ángel Barraco.

**Sr. Barraco.-** En primer lugar, quiero agradecer y dar cuenta de la buena oportunidad de celebrar esta reunión con tan insigne representante de la salud mental.

Creo que justamente se está tratando la posibilidad -que lamentablemente no se cumplió- de tener una ley nacional de salud mental. Pero en realidad y sobre la base de la exposición del doctor Saraceno -si bien reconozco que llegué tarde- creo que no estoy tan de acuerdo con que todos queremos que se termine el manicomio.

En mi caso, hablo por la ciudad de Buenos Aires donde tenemos una historia de dispositivos y de nombres insignes de la salud mental -algunos fallecieron, otros todavía están en la lucha-, en realidad el problema del manicomio es mucho más complejo.

Se trata de un problema en el que, al menos en la exposición, no aparecen otros obstáculos que considero deben ser puestos sobre la mesa.

Estos obstáculos son de diversos factores: son corporativos, corporativos profesionales, corporativos farmacéuticos, corporativos gremiales, que verdaderamente encuentran en el manicomio una institución que sirve como una unidad de producción. Porque a veces cuando decimos manicomio no solo le sirve a los Estados con un paradigma represivo y de significación para el par normalidad anormalidad y para el que puede significar –al menos en nuestro país- la protesta social, también es una unidad de la producción.

Yo creo que usted –justamente por la capacidad y la posibilidad de la institución que representa al igual que el doctor Cohen para OPS- debería ayudar respecto de lo que está pasando en la Ciudad de Buenos Aires donde también se entremezclan otras realidades como ser padecer los avatares de un gobierno que intenta hacer un negocio inmobiliario encubriendo una supuesta transformación.

Es un momento muy oportuno –me gustaría ampliar pero no quiero quitar tiempo a otras exposiciones- para que se dé cuenta de esta realidad y de lo que estamos hablando. No es una cuestión de la estabilidad de los profesionales, sino el padecimiento de quienes hoy sufren. *(Aplausos.)*

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra el señor Mascoto.

**Sr. Mascoto**.- Gracias al doctor por su intervención.

Quería hacer algunos comentarios. Efectivamente coincido con quien me precedió en el uso de la palabra en que uno de los grandes problemas que tenemos y que hemos tenido es que en nuestro sector hay profundas diferencias. Diferencias de distinto orden.

En un comentario que hizo daba por sentado que todos estamos de acuerdo respecto de que el asilo no es la mejor propuesta de atención. Esas diferencias también nos han traído y nos traen muchas dificultades. Hay distritos, jurisdicciones, como la Ciudad de Buenos Aires,

que tienen una gran cantidad de camas asilares del total de las camas disponibles.

Evidentemente una reforma implica una serie de complicaciones adicionales cuando está la capacidad instalada apoyada en el asilo. No es lo mismo reformar un hospital que una gran cantidad de hospitales y muy extenso es el número de camas. El movimiento de tender a un proceso de reforma requiere un gran esfuerzo en muchos sentidos.

Una preocupación que también me asiste es depositar demasiada fe en una ley, independientemente de lo perfecta o buena que sea. El problema podría presentarse en el sentido de que la ley sea el punto de partida de un proceso cuando entiendo que es conveniente que sea la expresión del proceso en desarrollo.

Creo que hay mucho por hacer en la Argentina hoy en el tema de salud mental que hace bastante ha quedado con muchas dificultades pendientes. Repito, me parece que el proceso de reforma sería mucho más efectivo en la medida en que tenga un trabajo de consenso y no una ley que sea el punto de partida. Es más bien de recoger esos movimientos transvasados en un instrumento jurídico.

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra 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*)

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra el señor López.

**Sr. López.-** Soy Hugo López, “el Viejo”. Soy integrante de la radio “La Colifata” y trabajé con el presidente de la comisión en un programa que se llama “Saludarnos”, así que fuimos colegas.

Ante todo quiero agradecer la vitalidad del señor que dio la conferencia y el optimismo que nos da a nosotros, los que sufrimos la problemática. Y quiero preguntar si se podría editar algún folleto porque como dijo el señor, se terminó el tiempo de la limosna y de la caridad, porque hace poco leí que la caridad y la limosna son dos virtudes que necesitan de la injusticia. Llegó el tiempo de la justicia. Hemos firmado el convenio con Naciones Unidas y podemos exigir. Por eso le pido mi colega artístico, el presidente de la comisión, a ver si nos pueden decir cómo tenemos que hacer para defendernos. Inclusive que vaya a la Facultad de Psicología, que hable con las sociólogas para que sepan cómo tienen que

peticionar para defendernos. Y que se termine la era de los muñequitos y la pintura. (*Aplausos*)

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Muchísimas gracias, Hugo. Qué placer que "La Colifata" esté aquí y esté presente en todos lados. El de ustedes es un proyecto maravilloso y es maravilloso cómo lo han podido sostener.

Tiene la palabra el señor Friedman.

**Sr. Friedman**.- Soy Jefe de Sección en el Hospital Infantojuvenil Dra. Carolina Tobar García y quiero hacer dos o tres pequeñas reflexiones.

La primera cuestión es que la Argentina es un país federal, si se lo mira por un lado, y si se lo mira por el verdadero no lo es tanto.

Pero, por ejemplo, cuando conviene se descentralizan los presupuestos, el ministerio central y distintas cuestiones se suelen cocinar por jurisdicciones.

Un buen negocio es, por ejemplo, que al paciente psiquiátrico lo atienda la otra jurisdicción, en la situación sobreaguda, cuando necesita puntualmente una breve internación. Y acá hay que diferenciar porque no es igual -voy a hablar de la etapa infanto juvenil- la situación de un niño adolescente, con una familia bien constituida de clase media, aunque a veces en las clases más altas lo constituido no está tan bien y es peor todavía pero siempre hay una obra social bastante favorable. Entonces el problema es cuando la familia no está bien constituida, en las clases sociales más bajas, que de obra social ni hablar y mucho menos de prepaga. Nosotros sostenemos esa situación que hubiera sido distinta con un buen sostén familiar. Ahora, cuando lo queremos devolver a la jurisdicción, nos dicen, por ejemplo, que no tienen psiquiatras, psicólogos parece que les resulta un poco más fácil. Si tienen psiquiatras, no tienen los medicamentos y tampoco se los van a pagar, es más, pueden llegar a decirnos: "Si no le dan psiquiatría nosotros ni siquiera le damos el psicólogo". Aquí me estoy refiriendo a las clínicas. Entonces, es un tema central no sólo cómo se reparten los recursos en forma vertical sino en las distintas áreas de la red.

Otro tema que quisiera plantear es la desmanicomialización y la desinstitucionalización. A veces me pregunto si son sinónimos. Agradezco su gesto y yo pienso lo mismo que usted. En un hospital general donde no se sabe qué hacer, se le tiene mucho miedo al paciente. Además sabemos que si hay alguien que se está muriendo de cáncer y es molestado por “ese hijo de” que está gritando por los pasillos, que encima le quiere arrancar la tubuladura, en el pase del día siguiente el jefe del servicio de psiquiatría va a tener que explicar por qué ese paciente psiquiátrico está molestando a ese pobre ángel que se está muriendo de cáncer.

El cambio de cultura no es sencillo y esto lo puedo decir a partir de haber hablado con jefes de servicio de psicopatología de hospitales de niños, hay tres así que puedo decir “un” jefe que ni dibujado quiere saber con esos chicos judicializados, ni lo quiere él ni lo quiere la dirección del hospital.

Entonces también me pregunto si entre el todo y la nada mantenemos los tres, porque a ciencia cierta hay tres neuropsiquiátricos en la Capital, o barremos con dos y si es posible con el tercero también, y de una vez.

Por ejemplo, me preguntaba hoy si es necesario el modelo decimonónico del hospital de psiquiatría de hombres y del hospital de psiquiatría de mujeres, ¿no se podría articular una unificación? Esto ya me lo he preguntado hace un tiempo atrás y nunca nadie me lo ha respondido, si esto implicaría el movimiento de tablero en los dos cuerpos profesionales y no profesionales en un proceso de concurso, y quizás en 20 años ni siquiera ese otro. Pero parecería que estamos en una encerrona donde si decimos que hay que barrer con todo estamos haciendo el juego probablemente a un proyecto de tipo inmobiliario, pero por otro lado, a lo mejor, es un discurso absolutamente progresista. Si por otro lado decimos no, es posible que nos estemos oponiendo a que la ciudad pueda tener muchos cuestionamientos pero al mismo tiempo es un discurso reaccionario porque cómo se puede sostener que subsista algún hospital psiquiátrico. Quizás las cuestiones puedan estar muchas veces a mitad de camino y cuando a alguien se le ocurre una idea uno puede preguntarse por qué no se le ocurrió a otro, y si se le ocurrió a otro –que es lo más probable- por qué nadie le dio un camino.

Entonces, considero que hay mucho para debatir en este terreno y las cosas no son sólo los que mantienen la posición progresista versus los que mantenemos la posición más retrógrada. Detrás de lo progresista muchas veces también está lo retrógrado y junto con lo retrógrado a veces lo progresista puede ser útil. Considero que es importante un debate profundo sobre aspectos concretos de instrumentación. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra la doctora Riva.

**Sra. Riva.-** Mi nombre es María Rosa Riva, soy médica psiquiatra y trabajo diariamente para ser cada vez menos psiquiatra -en el sentido académico del término- tratando de ser más humana.

Trabajo en un hospital psiquiátrico, conozco un manicomio por dentro y actualmente, formo parte de un programa de externación en un hospital de la provincia de Buenos Aires que cumple diez años.

En lo personal, sé exactamente de qué se trata ver padeciendo a novecientas mujeres internadas en un hospital general que diariamente esperan la posibilidad de salir. Nuestro programa de externación es un pequeño agujerito en la pared que, por el momento, ha permitido salir a setenta mujeres que están viviendo en catorce casas.

Desde mi punto de vista la idea del manicomio para mí es impensable, de ninguna manera me imagino la continuidad de un manicomio. Trabajo para el cierre definitivo -lo digo abiertamente- si bien sé que es un proceso difícil, a largo plazo, que no puede hacerse en un año o dos y que debe ser regulado y acompañado por todos los ámbitos de la comunidad. Por esto mismo participo de una asociación de defensa de los derechos en la salud mental, en la que el doctor Kraut fue nuestro padre putativo, acompañándonos desde los inicios y donde trabajamos desde otro lugar defendiendo los derechos de las personas con padecimiento mental severo.

El año pasado hicimos un evento deportivo cultural que duró una semana en distintos lugares de la ciudad de Buenos Aires y de la provincia. La idea era hacer un evento con bailes, fiestas, folclore, tango y fútbol en los lugares donde la gente común -que no padece problemas de

salud mental- va a jugar, a cantar o a bailar como por ejemplo, la Plaza de Mayo. Pensamos que ya que era la plaza del pueblo, por qué las personas con padecimiento mental no podían también tomar esa plaza para bailar y cantar en ella.

En oportunidad de la organización fuimos a hablar con el doctor Lemos, cuando recién estaba empezando a hablarse sobre el cierre de los manicomios, para pedirle autorización como ministro de gobierno de la ciudad -nos correspondía hacerlo tanto en la ciudad como en la provincia y a nivel nacional. Junto con las compañeras de la asociación que me acompañaron le comentamos que no compartíamos la propuesta que recién empezaba a vislumbrarse -porque el plan nunca se conoció claramente- y que éramos partidarias de que en lugar de abrir estos lugares que planteaban, teniendo la ciudad de Buenos Aires la cantidad de hospitales generales que tiene repartidos de manera adecuada cubriendo todos sus barrios, por qué no pensar en abrir camas de psiquiatría en estos hospitales generales así como había camas de cardiología.

El doctor lo primero que nos dijo fue que ellos lo habían pensado -digo sus palabras y el resto no corre por cuenta mía- pero cuando intentaron plantearse a algunos jefes o directores de hospitales la respuesta fue: "nadie quiere tener locos cerca, sáquenme los locos de acá." De hecho, cuando cae algún loco en la guardia de un hospital general piden la derivación al Borda, al Moyano, al Alvear, porque no quieren locos cerca.

Entonces, yo pensaba, en relación a los cambios de paradigmas que planteaba el doctor Saraceno, que en realidad, esto lo dicen profesionales de la salud que no son profesionales formados en salud mental y lo que asusta en una guardia es un cuadro de psicomotriz que no se sabe qué hacer porque son cuadros que asustan. Pero estos mismos cuadros que le asustan a una persona que está formada desde el punto de vista médico, psicológico o de enfermería, que está en el terreno de la salud, yo imagino lo terrible que es para alguien que no está formada en esto.

Cualquier persona de la comunidad que tiene un vecino o un familiar que padece un cuadro complicado de salud mental, esto lo asusta. Usted dijo ayer de manera irónica en la mesa de reunión que las enfermedades de salud mental son contagiosas. Cuando hay un cuadro de

estos sentimos miedo que nos vaya a pasar a nosotros. Entonces es mejor tenerlo lejos. Es más complicado eso que una enfermedad infectocontagiosa, porque hay vacunas, pero para la locura no.

Desde la Asociación pensamos que lo importante –y por eso el evento que hicimos el año pasado que se llamó “Patás arriba”, porque la idea era dar vuelta el orden y poner en la escena pública lo que en general no está- era sacar a la calle y ocupar el espacio público para que la gente común conozca un poco más de lo que se trata, para que le pierda el miedo.

Es una tarea de todos los que estamos acá adentro y de todos los que nos acompañan en otros equipos de salud donde estamos siempre trabajando: concientizar a la población común porque si no se logra eso es muy difícil trabajar para el cierre o el cambio de un paradigma a nivel comunitario. Si no, el miedo a la locura siempre va a seguir estando y siempre van a pedir que encierren al loco. Este es un pedido extenso. He escuchado a psicólogos formados que le tienen miedo a la locura y decir que con psicóticos no trabajan.

Esa es una gran carga de ignorancia. Me parece que en la medida en que se contamine el saber común, lo que la comunidad entiende por locura y pierda el miedo, va a ser mucho más fácil cualquier cambio del sistema de salud que queramos hacer. (*Aplausos.*)

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra la señora Urbina.

**Sra. Urbina.**- Trabajo en el área de salud mental desde hace bastante años y tuve oportunidad de trabajar en el pasado en colaboración de la Organización Mundial de la Salud fuera del país. También por un breve período trabajé en lo que es un reparto de psiquiatría de un hospital general en la ciudad de Bahía Blanca.

**Sr. Gallo.**- “Servicio” es la terminología.

**Sra. Urbina.**- En realidad, hay que tener cuidado porque supone que es un servicio que está integrado en un hospital general, pero tuve oportunidad de trabajar allí y ver que en realidad funciona como un pequeño manicomio

separado. Está administrativamente unido bajo el ala del hospital general, pero físicamente está completamente separado.

Respeto a lo que decía la colega de vencer los miedos que la comunidad tiene, yo creo que los primeros que tenemos miedo somos los profesionales de la salud mental en general -los psiquiatras, los psicólogos-, somos los primeros que ponemos barreras y prejuicios respecto de la enfermedad mental.

Creo que la única manera de lograr vencer esos miedos que no solamente los profesionales tenemos sino también la gente en la comunidad, es haciendo y cambiando.

Tuve la oportunidad de conocer la experiencia de Trieste y me di cuenta que la gente vence el miedo a la locura cuando está en contacto cotidiano con personas que padecen la enfermedad mental y se da cuenta de que no es más ni menos peligrosa de lo que puedo ser yo misma porque nadie sabe lo que haga cuando pase la puerta.

Puedo hacer cualquier cosa, cualquier ser humano es imprevisible.

Entonces, ese miedo se vence haciendo realmente. La mejor promoción en salud mental es desarmar instituciones. Abiertamente estoy posicionada a favor de la desinstitucionalización y la progresiva reducción del aparato manicomial, que va sustituido por atención secundaria, con centros o servicios de salud mental fuertemente instalados en el territorio y que trabajen articulados con la atención primaria de la salud. Una vez que se toma ese paso, que se va haciendo ese trabajo, entonces también se van reduciendo los prejuicios hacia la salud mental y creo que ese trabajo es fundamental empezar a hacerlo, sin esperar que se sancione una ley. Está bien proponer una ley, si bien este proyecto todavía tiene algunas cosas, como por ejemplo el artículo 20, que habla de peligrosidad. La peligrosidad es lo que está en la base del concepto de manicomio, encerrar al loco porque es peligroso, cuando en realidad está probado que no lo es más que cualquier persona normal. Otra cosa es que es muy extenso el período de internación obligatorio; 30 o 90 días es mucho. Esta es mi modesta opinión.

De todas maneras es una muy buena iniciativa y pienso que hay que empezar a trabajar por los distintos frentes; no hay ningún modelo que se pueda decir que es el más eficaz, pero hay que empezar a hacer en lo concreto.

Hay mucha gente aquí que está concretamente trabajando pero a veces veo que son experiencias que están aisladas, son como gotas en el océano que se pierden lamentablemente porque son buenas experiencias. Pero no están articuladas en programas más abarcadores o más generales.

Por último quería remarcar que ayer tuve oportunidad de estar en esa mesa federal y obviamente de la experiencia de Río Negro yo sabía pero escuché que hay otras experiencias en Chubut, en toda la Patagonia, en San Luis a su manera, creo que en Jujuy también se están haciendo algunas cosas pero no hay mucho intercambio, no hay mucha red de esto. Creo que los que están a favor de un cambio tendrían que unir fuerzas, armar la masa crítica para que realmente pueda ir a exigir lo que ya no se debe más mendigar. (*Aplausos*)

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra el doctor Vicente Galli, ex director nacional de Salud Mental.

**Sr. Galli.**- Ya que disponemos de la eficiente colaboración de las compañeras taquigráficas voy a pedir a la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados que una vez que tenga la versión taquigráfica de lo que aquí se dijo, fundamentalmente de la presentación del doctor Saraceno, sería bueno que la redistribuya entre todos los concurrentes porque me parece que la calidad de la presentación de Benedetto Saraceno se puede perder en la experiencia personal circunstancial y focalizada absolutamente válida de cada uno de los que presentan sus ideas o sus objeciones sin poder ver la densidad de lo que se mueve en todo el océano.

Alguien encontró una vez un escrito que decía "El universo está formado por un espacio que parece abierto pero cuando uno va para un lado choca, va para otro lado y choca, va para otro lado y choca, y por encima está la nada". Era un pequeño salmón que había escrito su historia en el acuario. Veía que se podía pasar pero había un límite, una barrera, y hacia arriba había aire, donde no podía respirar, con lo cual el mundo terminaba allí.

Las experiencias institucionales crean formas de subjetividad. Esa famosa cuestión de la subjetividad de la que hablamos, así como la construcción de la ciudadanía, se troquela, se trabaja, se procesa y se va haciendo en la manera en que se vive.

Uno se acostumbra a mover dentro de los límites del acuario en el que está y se plantea que algo que está fuera de esos límites parece lejano e imposible. Puede venir alguien y contar que en otros mares hay peces que navegan más libremente y que hay algunos que todavía desovan subiendo corriente en contra para ir a encontrarse con sus ancestros, que fueron los generadores de su vida y que luego bajaron. Esas cosas se pueden hacer, creo que es una metáfora que nos puede servir para no quedarnos en el ofuscamiento de la coincidencia o en el ofuscamiento de la disidencia, para ponernos en una posibilidad de mayor permeabilidad, para que la paredes transparentes del acuario se hagan porosas y uno pueda salir del acuario, aunque parezca que no hay agua para seguir navegando.

Hace más de 20 años que dejé la Dirección Nacional de Salud Mental en un contexto político bastante distinto al que ahora tienen los colegas que trabajan en los servicios de salud mental, en las dirigencias de salud, en todos los lugares, ministerios, provincias y en el mundo. En 20 años son muchas las diferencias y no se me escapa que lo que puedo tener como perspectiva está hecho desde el acuario múltiple en el que yo me moví, en el país de aquel momento, aunque pude visitar otros países y ver otros sistemas de salud mental. Allí nos conocimos con Benedetto Saraceno ya hace muchos años.

Creo que en este momento, voy a utilizar un término de los procesistas, algo empioja la discusión; recuerden el proceso de las mentes empiojadas de las ideologías externas. Algo que empioja la discusión es la mezcla de luchas de poder que se han armado en relación con la disputa sobre qué es lo que se puede hacer con la salud mental.

En la ciudad de Buenos Aires en particular, que es la que más conozco de cerca, la ley de salud mental fue muy discutida, se la fue preparando y discutiendo y antes de que fuera votada se dieron debates

muy amplios. La ley es discutible por muchas razones y también es importante por muchas razones, pero evidentemente la dificultad de aplicación tiene que ver con esto que han dicho varios en el sentido de que una ley sola no puede hacer punta. Pero resulta que las leyes tienen que hacer punta no sólo por esto sino porque están faltando propuestas políticas y poder político convocante que hagan que esos movimientos sean organizados y se puedan poner en marcha sin que haya que recordar que lo tenemos que hacer porque son derechos universales que el país ha asignado. Entonces, si hay que hacer punta con una ley hay que llevarlo a cabo pero también hay que entender la complejidad tremenda que funciona en este océano donde sabemos que hay muchos tiburones, muchos pulpos, muchos intereses, y que con la excusa de la desmanicomialización a lo Reagan se están haciendo posibles negocios inmobiliarios, que nosotros sabemos que están ahí dando vueltas. Esa no era la idea original cuando se hablaba de utilizar los espacios del Borda y del Moyano en una posible transformación, con servicios suficientes para atender a toda la gente, con una retransformación y readecuación de las personas que trabajan en esos lugares. No nos olvidemos que la reforma psiquiátrica italiana una de las cosas que más trabajó fue la sinergia interna del manicomio y la fuerza del trabajo presente dentro del manicomio, transformando no solamente a los pacientes sino a los viejos enfermeros psiquiátricos. Y les digo que los viejos enfermeros psiquiátricos triestinos son más corpulentos que yo, todos tienen el tamaño de Sylvestre Begnis...*(risas)*, y conocí a algunos de ellos cuando trabajaban como mozos de las fondas comunitarias.

Entonces, hay trabajo para hacer, no es que se van a quedar sin trabajo, existen una cantidad de fantasmas que se manejan sobre esto pero obviamente se trata de un proceso de transformación muy complejo y mucha más gente tiene que participar y entender de qué se trata.

Por eso humildemente pido a la gente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública que nos hagan llegar la versión taquigráfica a todos los que escuchamos la presentación del señor Benedetto Saraceno porque puede servir como un documento, no solamente por las proyecciones de Power Point sino la pasión sincera y personal con la que Benedetto cuenta esto.

Estamos cansados de funcionarios que se van burocratizando y que aunque están intentando transmitir cosas muy vitales lo hacen con una actitud que parece distante de la cualidad del objeto al que se refieren.

Benedetto tiene la carga napolitana pero además habla de experiencias concretas en las que ha participado activamente. Por lo tanto, no es un funcionario de rutina sino alguien que da testimonio de lo que vive desde adentro.

No quiero centrar el tema en él pero habiendo tenido la oportunidad de compartir estas veinticuatro o cuarenta y ocho horas que hace que está en nuestro país participando en esta reunión y en otras, sugiero que tratemos de alejarnos un poco de la propia pecera –que a veces ni siquiera es un acuario sino una pecera redondita que tiene un respiradero del que uno no puede salir- para entender y oír otros argumentos.

Las discusiones que aquí se hacen sobre algunas cuestiones son muy pasionales pero para la discusión entre humanos el argumento es imprescindible. Es decir, la argumentación acompañada de la demostración sobre lo que se está argumentando para que se conozcan algunos de sus efectos y se investiguen otros. (*Aplausos*)

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra el señor diputado Gorbacz.

**Sr. Gorbacz.-** Coincido con la apreciación que hizo el doctor Vicente Galli de la vitalidad del doctor Saraceno, lo que no sé es si nuestras taquígrafas van a poder registrarla.

Como vocal de la comisión quiero formular algunas preguntas concretas al doctor Saraceno en relación con este proceso de discusión de la ley nacional, que hemos hecho en esta Cámara de Diputados dentro de las recomendaciones que plantea la OMS relacionadas con la legislación.

Durante el proceso de debate -suficiente o insuficiente- que tuvimos el año pasado y que culminó en una experiencia inédita, como haber llegado a un dictamen con la firma de prácticamente todos los bloques políticos de la Cámara a fin de año, una de las cuestiones que se planteó fue si una ley era necesaria, innecesaria, suficiente o no.

Creo que la conclusión a la que llegamos, y por eso avanzamos con el tema, es que la ley era necesaria pero no suficiente; necesaria, porque es cierto que no alcanza sólo con una norma para modificar prácticas relacionadas con la cultura, la conciencia de un pueblo, con lo que significa salud mental y otras cuestiones que una ley modifica. También es cierto que nos pareció que una ley nacional era necesaria frente a una legislación que no da garantía alguna para que una persona pueda ser internada contra su voluntad y esté internada por años.

En primer lugar, quisiera saber qué opinión tiene usted - conociendo la realidad de distintos países- respecto del valor que tiene la ley como parte de una reforma en el tema salud mental.

En segundo término, usted citó un cambio de paradigma de lo biomédico a lo biopsicosocial, que fue una parte importante de la experiencia que tuvimos en la Cámara de Diputados, lo que implica un cambio conceptual y también en las relaciones de poder. Todos coincidimos de la boca para afuera en la interdisciplina pero cuando vamos a una ley que la define en cuestiones centrales, por ejemplo ¿vamos a requerir sólo la firma de un médico para declarar la incapacidad de una persona o también vamos a exigir la interdisciplina?

¿La coordinación de los equipos de salud mental es potestad exclusiva de los médicos o si hablamos del campo interdisciplinario, allí también tenemos que abrir la posibilidad a que otras disciplinas puedan conducir los equipos de salud mental?

Yo hago la pregunta para saber cuál es la experiencia en otros países. Porque en la ciudad de Buenos Aires que tiene una ley muy buena -que ha sido ampliamente debatida y que en muchos casos es modelo para el resto del país, junto con la de Río Negro, aunque la de la ciudad de Buenos Aires es la más moderna- tenemos la experiencia de que en parte la implementación de la ley se ha obstaculizado por el reclamo del sector de los médicos en relación a este punto. ¿Quería saber si en otros países ha habido esta experiencia de resistencia al cambio de esta perspectiva?

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- La historia argentina está llena de grandes hitos y de grandes personas como Pichón, como Goldenberg y como la experiencia de Lanús.

Tiene la palabra el señor Barenblit.

**Sr. Barenblit.**- Yo quería hacer una pequeña aportación testimonial, es que conozco muy bien la trayectoria que viene desarrollando el doctor Benedetto Saraceno desde la posición más destacada de la Organización Mundial de la Salud y hemos tenido encuentros diversos de trabajo durante muchos años cuando yo además era consultor de la OPS.

Yo me tuve que ir del país -hace treinta y dos años-, y salvo algunos muy jóvenes, sabrán por qué. De cualquier manera he mantenido mi contacto con el país desde Barcelona, Cataluña, la ciudad donde vivo, y con muchos compañeros, colegas, amigos que han seguido fieles a los principios que en este país generaron figuras como la de Mauricio Goldenberg y otros que evito mencionar para no dar cuenta de mi falta de memoria pero para algunos de los que están aquí presentes la experiencia y el discurso de Mauricio Goldelberg fue inspiradora y valiente para el momento en el cual se realizó.

Solamente quisiera decir un par de cosas. Conozco muy bien el impacto que genera el doctor Saraceno por la vitalidad, la fortaleza y el compromiso que trasmite. Es cierto que no es fácil conciliar puntos de vistas, opiniones, posiciones, pero creo que es un día histórico. Creo que tiene que acotarse como un elemento interesante, y como un mensaje estimulante al pensamiento y a la acción que el representante máximo de la Organización Mundial de la Salud en temas de salud mental esté un par de días en Buenos Aires y haya tenido reuniones con representantes políticos y representantes profesionales y haya hecho esta exposición.

¿Y por qué lo digo? Lo digo porque este país ha sufrido y todavía tiene las heridas de los procesos militares, de dictaduras indeseables, de un Tánatos que cambió sin que nadie lo pudiera contener.

Esas heridas también están en el campo de la cultura, en el campo de la salud mental, de la universidad y tardan en curar. Pero creo que hay dos o tres cosas que tienen que conjugarse. En primer lugar para las transformaciones que propicia o propone la Organización Mundial de la Salud que como organismo internacional ha tenido el privilegio de contar con la dirección de Benedetto Saraceno que es un profesional, un trabajador de la salud mental y que viene bregando hace muchos años en forma

valiente y decidida y probablemente tenga más millaje que muchos comandantes de aerolíneas tratando de modificar progresivamente y progresivamente distintos modelos de atención.

Hay testimonios claros de que esto que algunos pueden ver como imposible se ha podido realizar. Podríamos hablar de las cuestiones que sí se han hecho. Lo que sí es cierto es que a mi criterio tienen que conjugarse tres cuestiones. La primera es la decisión política; evidentemente eso es importante, otra es el compromiso de los distintos grupos de profesionales y otra es el compromiso ciudadano. Creo que esos son los tres pilares y me adhiero al planteo que ha hecho Benedetto Saraceno en el sentido de que no siempre la financiación es la traba más importante. A veces se gastan los recursos que recomienda la Organización Mundial de la Salud desde hace muchos años pero hay que ver a qué se destinan.

Mención aparte que prefiero decirlo antes que silenciarlo, es que la corrupción también está en nuestro medio y que quienes quieran embarcarse en acompañar -con los matices necesarios con las conciliaciones necesarias- un proyecto de transformación de la atención de la salud mental tienen que tener cierto compromiso ético, ideológico, personal, profesional y saber básicamente que es una tarea colectiva y que lleva tiempo. Sólo así personalmente he visto transformaciones que una vez que logran su asentamiento, su prestigio y la convicción -ciudadana, de los políticos inclusive y de los profesionales- de que es generosa para la ciudadanía, sólo así se reafirma día a día y garantiza su futuro. Entonces permítanme aplaudir a la Organización Panamericana de Salud, al colega representante de Tierra del Fuego -es un mérito que un diputado de ese extremo sur tan alejado esté en estos momentos liderando este proceso-, al igual que el presidente de la comisión.

Agradezco la presencia de Benedetto Saraceno y la labor que está realizando Hugo Cohen en la representación de la O.P.S., igual que la de muchos de ustedes cuyas caras conozco y cuyas almas conozco un poco, que tramitan sus esfuerzos, su ética, sus ideologías y su trabajo no sólo en el campo de la salud pública sino en el universitario y en el político.

El doctor Saraceno no ha hablado demasiado pero hay muchos de ustedes que conocen lo que se ha podido hacer en otros países. Y en este país lo que hay realmente son recursos profesionales y ciudadanos de primerísima calidad. Hay mentes privilegiadas que producen conocimiento y que son generosas en difundirlo. Lo que hay que buscar es consenso y unidad para llevarlas adelante, resignando que no todo lo que uno desea puede lograr que impere. Tenemos que aprender a dialogar, acordar, comprender y optar por un trabajo que es duro, que requiere tiempo y esfuerzo. Pero yo, que ya he transitado varios años -igual que alguno de ustedes- en estas lides no estoy arrepentido ni de una ni de otra cosa: de la tarea que hemos podido hacer históricamente acá ni de la que algunos estamos pudiendo hacer fuera del país, aunque siempre volvamos a beber sabiduría y amor al nuestro. (*Aplausos*)

**Sr. Presidente** (Sylvestre Begnis).- Tiene la palabra el doctor Cohen y luego el doctor Saraceno contestará las preguntas que le ha formulado el diputado Gorbacz.

En unos días contaremos con la versión taquigráfica de esta reunión. Sugiero que quienes quieran recibirla se anoten en una lista, dejando su dirección de correo electrónico.

La segunda cosa que quiero decir es que nosotros estamos involucrados, por nuestra función de legisladores, en dar este paso que se tendrá que complementar.

La Argentina va a tener una ley de salud mental que tiene la virtud, para juntar las diferencias, de haber sido pensada mirando al que la necesita, por aquello de lo que planteó el doctor Saraceno muy claramente sobre el derecho humano y el derecho de la gente y también usando el ejemplo dado por el doctor Galli en cuanto a salir del esquema de la pecera chica, pensando en la gente que nos está necesitando.

No me refiero sólo a las estadísticas del doctor Saraceno sino a mucho más que eso, es toda una cantidad de patología de la que no se habla y necesita contención.

Tiene la palabra el doctor Cohen.

**Sr. Cohen.-** Quiero rescatar lo que el licenciado Barraco solicitó. Él hizo un pedido a la OMS y a la OPS que me parece absolutamente válido. Tenemos que ver en qué consiste el pedido y luego si nosotros, como organización parte de las Naciones Unidas, tenemos la potestad de realizarlo o no, pero obviamente estamos hablando de ciudadanía y es absolutamente coherente que cualquier ciudadano se acerque y solicite el apoyo.

Lo que tenemos que ver –insisto– es si nosotros podemos hacerlo efectivo desde el punto de vista de las normas que regulan el funcionamiento de las instituciones.

**Sr. Barraco.-** Si me disculpan, quiero hacer entrega de una carpeta al doctor Saraceno, contiene el texto de la ley 448. Allí se menciona cuáles son las limitaciones que puede tener la organización respecto a las decisiones de los gobiernos. Me parece que empezar con la información no es poca cosa a fin de que nos puedan dar una mano.

**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.