

## B. INSERCIONES

1

**INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA  
DIPUTADA ARETA****Fundamentos del apoyo de la señora diputada  
al dictamen de las comisiones de Acción Social y  
Salud Pública y de Justicia en el proyecto de ley  
del señor diputado Gorbacz y otros sobre régimen  
de salud mental**

Luego de más de 20 años de trabajo en un hospital público, siendo el único servicio de psicología gratuito que atendió a la población de la localidad de Monte Caseros, provincia de Corrientes, puedo decir que dediqué esos años uniendo en la praxis diaria a la ciencia con la sensibilidad.

Atendí mujeres, adolescentes y familias con diferentes grados de problemas en la salud mental. Acompañé en la superación de la adversidad que significó el cierre del ferrocarril con la pérdida de más de 200 puestos de trabajo y las correspondientes familias de esos ferroviarios devastadas. Constituí el funcionamiento del Servicio de Promoción y Atención Familiar, actualmente formado por asistente social, psiquiatra y abogado, cuyo abordaje está dirigido a los integrantes de familias que atraviesan situaciones de riesgo psicosocial, que requieran de la evaluación, asistencia, acompañamiento y orientación profesional. Su objetivo es cooperar con la recomposición y el fortalecimiento de los vínculos del grupo de convivencia, para disminuir situaciones de riesgo familiar y social, favoreciendo un entorno adecuado para el desarrollo de los niños y adolescentes y priorizando la contención familiar.

Es fundamental comprender que factores genéticos, biológicos, ambientales y sociales determinan conjuntamente la aparición de enfermedades mentales. El ser humano es una unidad indisoluble, lo físico se une a lo mental y a lo histórico-social. La salud mental, a la que durante mucho tiempo no se le prestó la debida atención, es fundamental para el bienestar de las personas y de las sociedades en su conjunto.

En el año 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas, consagró los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Establece que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental; determina que toda persona que padece enfermedad mental tiene derecho a vivir en la medida de lo posible en “su comunidad”, a trabajar y a vivir en un ambiente lo menos restrictivo posible, recibiendo el tratamiento interdisciplinario que el diagnóstico requiera. En estos principios se basa el proyecto “Régimen de Salud Mental”.

La agudización de la crisis socio-política y económica en la cual estamos inmersos determina en estos

tiempos la consulta psiquiátrica de muchos sectores de la población, producto de una creciente fragilización y vulnerabilidad de la vida cotidiana. Los trastornos depresivos, la esquizofrenia, el retraso mental, los trastornos de la niñez y la adolescencia, la dependencia de las drogas y el alcohol, la enfermedad de Alzheimer y la epilepsia, son enfermedades que suelen provocar discapacidades graves; por lo tanto necesitan un marco regulatorio que permita garantizar el ejercicio de los derechos humanos de quienes las padezcan.

Aún en la actualidad, existe la estigmatización y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales, lo que sumado a las deficiencias de los servicios de salud mental existentes, hacen una realidad muy adversa.

La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Los grandes hospitales psiquiátricos “custodiales” deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria y organizar apoyos a la asistencia domiciliaria.

La ley 25.421 sancionada en abril de 2001 creó el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM), cuya función es propiciar y coordinar las acciones de asistencia primaria de salud mental, incluyendo prevención, promoción y protección de la salud mental. Estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica, asistiendo a las personas que enferman y procurando la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes graves, luego de superada la crisis o alcanzada la cronicación.

Estadísticamente existe: un significativo aumento de personas jóvenes con anorexia y bulimia, acrecentamiento en los suicidios adolescentes; aumento en el consumo de psicofármacos, con el agravante de que ha aumentado el uso indebido de los mismos: los medios de comunicación sostienen que el fenómeno ha sido bautizado como la “medicalización de la vida cotidiana”. El psicotrópico es consumido no como remedio, sino como una pastilla para “tolerar el ritmo de vida”, para aliviar malestares de la vida actual. También ha habido excesivos aumentos en el consumo de alcohol y drogas en la población juvenil, con las consecuencias delictivas que acarrea; se registran aumento en los ataques de pánico; es alarmante el desinterés por el estudio y una grave cuota de escepticismo ante el valor del conocimiento en gran parte de la sociedad.

El presente proyecto de ley deroga la ley 22.914, ingresando a estándares internacionales que protegen a las personas de la detención arbitraria y otorgando garantías procesales necesarias, dando un gran salto cua-

litativo al concepto de salud para ser beneficiario de las prestaciones que se requieren, fundamentalmente al determinar “prioridad de tratamientos fuera del ámbito de internación, priorizando el ámbito familiar, comunitario y social del paciente”. Considera a la “internación” con carácter restrictivo, indicando que aquellos casos que lo requiera, debe ser lo más breve posible.

En el capítulo VI, el artículo 13 del proyecto propone la “igualdad de condiciones entre los profesionales del equipo interdisciplinario, con título de grado, para ocupar cargos en la conducción y gestión de los servicios e instituciones de salud mental”, lo cual significa también un concepto superador de la histórica hegemonía médica.

El bienestar psicológico comunitario, implica el papel del Estado como regulador y garantizador de la convivencia social. Esto implica que el Estado debe resguardar su lugar de agente de equilibrio social, promoviendo una adecuada repartición de la riqueza, del ejercicio de las instituciones, del funcionamiento de la ley y de la aplicación de los derechos humanos.

Establecer en el proyecto el carácter de ley de orden público es relevante, dado que están interesadas de una manera muy inmediata y directa, la paz y la seguridad social, las buenas costumbres, un sentido primario de la justicia y la moral de los habitantes. Es una ley fundamental y básica para el núcleo sobre el que está estructurada la organización social de nuestro país.

deben consignarse en el informe que acompaña al dictamen y no en su articulado (artículos 1° y 2°).

Asimismo, considero que las políticas sobre consumo, abuso y adicción a drogas demandan una intersectorialidad que requieren ser atendidas por fuera de los campos de la salud mental. Sería más apropiado hablar de un abordaje de las adicciones como parte integral de un tratamiento.

Con respecto a la incapacidad (artículo 5°), es una categoría normatizada y establecida por ley, no es algo que se pueda presumir.

En el artículo 7°, inciso o), se habla de “trabajo forzoso”, creo que es necesario definir el término, pues tal como está contemplado es redundante pues lo prohíbe expresamente la propia Constitución Nacional (artículo 17). Sin embargo, como recurso terapéutico puede resultar válido ya que la reinserción sociolaboral y los emprendimientos sociales deben estar resguardados de potenciales amenazas en el escenario gris de la abulia del paciente mental severo.

No comparto el artículo 9° porque considero que es un planteo demasiado específico para una ley marco de salud mental, por ejemplo la estrategia de la atención primaria de la salud puede ser modificada a medida que avanza el conocimiento.

Algo similar entiendo que sucede con el artículo 11 del presente proyecto de ley donde se plantea el desarrollo de dispositivos locales, los que son muy específicos, además de que el país tiene muchas realidades diferentes en cada jurisdicción. Sería más adecuado establecer como concepto general que debe procurarse “la diversidad en la oferta de servicios de atención y la reinserción social de paciente”.

La medicación del paciente responde a una patología en curso adecuadamente diagnosticada y suministrada por profesionales competentes. Por eso concibo poco apropiado hablar de “necesidades fundamentales” y de “profesionales pertinentes” tal como queda determinado en el artículo 12. Asimismo, considero inapropiada la aclaración de que el medicamento “se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo”. Pues esta finalidad de la prescripción médica no tiene cabida dentro de nuestro derecho, siendo una conducta reprochada por el sistema jurídico vigente.

En el artículo 13 creo que se aborda una temática que no hace a la salud mental es una cuestión de orden gremial o sindical. Desde mi perspectiva es necesario tratar el tema en otro marco legal teniendo presente las competencias locales.

En el dictamen se habla reiteradamente de “diagnóstico interdisciplinario”, cuando en rigor, cada profesional del equipo hace su diagnóstico y lo correcto es integrarlos en un plan terapéutico no en un solo diagnóstico.

En el artículo 30 se requiere que: “Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o

6

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA  
DIPUTADA BERTOL

**Fundamentos de la disidencia de la  
señora diputada al dictamen de las comisiones  
de Acción Social y Salud Pública y de Justicia en  
el proyecto de ley del señor diputado Gorbacz y  
otros sobre régimen de salud mental**

Considero que es necesario una ley marco que garantice los derechos de las personas a la salud mental.

Es por ello que comparto el espíritu en general de este proyecto de ley. Sin embargo, no acuerdo con algunos puntos de este proyecto, a los que me referiré a continuación.

El dictamen desarrolla los objetivos de la ley y refiere expresamente a la normativa jerárquica superior aplicable a la materia. Desde el punto de vista de una correcta técnica legislativa, estos fundamentos sólo

afectivo de la persona”, aquí hay que tener presente que en muchas ocasiones el paciente no los tiene, y por ello la ley tiene que establecer la garantía de su búsqueda, pero no la certeza de su existencia y de su acompañamiento para que el traslado pueda realizarse.

Respecto a las cláusulas transitorias, diré que no considero adecuada la incorporación del artículo 152 ter al Código Civil, creo que basta con dejar establecidas las pautas de evaluación y su límite temporal en la presente ley marco.

Similar consideración me merece la pretensión de modificar el artículo 482 del citado código. En primer lugar, el artículo parte de la premisa de que el demente ha sido declarado incapaz (artículos 469, 470 y siguientes), es decir que ya ha habido un proceso judicial en el cual ha sido evaluado por los peritos forenses correspondientes, y expresado la potencialidad del riesgo para sí y para terceros.

Por su parte, el artículo 482 ya prevé que cualquier medida de privación de libertad y/o traslado para internación debe ser efectuada, previa autorización judicial, o de lo contrario dar inmediata intervención cuando la misma se efectuó por autoridad policial.

Por ello, estimo pertinente dejar la redacción del artículo 482 del Código Civil vigente, el cual se verá enriquecido con la nuevas directivas establecidas en la presente ley marco “de orden público” conforme el artículo 45, y con las especificaciones reglamentarias pertinentes.

Por las consideraciones expuestas, solicito se tengan por expresadas las razones de mi disidencia.

## INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA BIANCHI

### **Fundamentos de la disidencia parcial y rechazo de la señora diputada al dictamen de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Justicia en el proyecto de ley del señor diputado Gorbacz y otros sobre régimen de salud mental**

Si bien coincido con el espíritu general del proyecto de ley 126-D.-09 de los señores diputados Gorbacz, Sylvestre Begnis, Segarra, Merchán, Fein, Ibarra, Cicogna y Conti, planteé ante la Comisión de Salud y Acción Social una disidencia parcial al mismo.

El Estado no tiene a su cargo la facultad de reconocer derechos a las personas con padecimientos mentales sino muy por el contrario, debe procurar garantizar los derechos amparados por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales.

Sin perjuicio de ello, es necesaria una legislación sobre salud mental que proteja a las personas con padecimientos mentales, ya que se trata de un sector vulnerable de la sociedad, que sufre continuas violaciones a sus derechos, estigmatizaciones y discriminación

Esa obligación nos pertenece a nosotros los legisladores, conforme lo prevé el artículo 75, inciso 23, de la Constitución Nacional al establecer que: “Corresponde al Congreso [...]. Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad...”.

No obstante, sabemos muy bien que la atención de la salud mental no es sólo un compromiso de los encargados de formular políticas, sino también de los profesionales, de los pacientes, de los miembros de la familia y de los ciudadanos en general.

En tal sentido, el principio orientador en el campo de la salud mental es la firme defensa de los derechos humanos, lo que implica una reformulación tanto de las técnicas con las que se aborda la enfermedad como profundos cambios en la estructura edilicia. Caso contrario, ningún tratamiento sobre el tema tendría sentido.

Lamentablemente, la ley mantiene como criterio para la internación el criterio judicial, el del código: “riesgo para sí y para terceros”.

Les exige a los profesionales sanitarios que se muevan con criterios diagnósticos jurídicos, subjetivos, arbitrarios, anticuados e imposibles de protocolizar.

Son tan arbitrarios, que de ser aplicados con claridad, obligarían a la internación inmediata de los fumadores, alcohólicos, adictos a la velocidad, etcétera. Todos ellos, son sin duda, peligrosos para sí y para terceros.

Por lo tanto y en virtud de lo manifestado precedentemente, considero que de prosperar la sanción de la ley de salud mental no debería incorporarse el artículo 152 ter, así como tampoco modificarse el artículo 482 del Código Civil.

Considero que habría que evaluar la conveniencia con mayor detenimiento de la derogación del artículo 482 CC, los artículos 625, 629, 630, 631 del CPCC y de la ley 22.914, debido a que debemos internalizar la idea a futuro de la desinstitucionalización de las personas con padecimientos mentales.

Por esa razón, quiero traer a título de ejemplo, lo sucedido en mi provincia:

En la provincia de San Luis en el año 1993 se implementó el proyecto de no institucionalización de pacientes con padecimientos mentales. Tuvo como objetivo dignificar la condición de los enfermos mentales, haciendo eficiente y eficaz la institución hospitalaria de la especialidad, procurando terminar con la violencia asilar y asumiendo una firme defensa de los derechos humanos de los pacientes, sus familiares, los trabajadores y los profesionales de la salud. El proceso de transformación se desarrolló en forma gradual: El Hospital Psiquiátrico de San Luis tenía entre 100 y 120 camas, con un 100 % de ocupación y un tiempo promedio de internación de siete años y medio. En 1998 había once camas, con un 65 % de ocupación y un tiempo promedio de internación de ocho días.

En agosto de 1997 quedaron diez pacientes para los que no se encontró ningún referente familiar, institucional o barrial, por lo que el gobierno de la provincia de San Luis estableció el sistema de "familias sustitutas" subsidiadas –no casas de medio camino– reconociendo que el Estado era responsable por el daño generado por la "institucionalización" de estas personas, obligándose a reparar tal daño y asistiéndolos. Se citó a los familiares, acabando con el gran mito del abandono familiar. Había familias que abandonaban, pero otras que no. La institución nunca había ayudado a los familiares a ayudar, porque los había dejado del otro lado de la puerta. Todo esto fue posible porque se comprendió que no hay ser humano que no tenga a nadie, lo que sí sucede es que no se lo busca. Para reinsertar socialmente hay que ir construyendo un sistema de puntos de apoyo social y la visita periódica del equipo del hospital se debe articular con alguna forma de contención social.

Los manicomios despojan a las personas de todo lo que pueden decidir libremente. Los internos no deciden el horario en que se levantan o se acuestan, la ropa que usan, el largo del pelo que tienen, no deciden

nada. Se van volviendo dependientes, se van institucionalizando, de modo que cada día se va degradando más su condición humana.

Esa buena experiencia, fue recogida por los senadores Adolfo Rodríguez Saá - Liliana Negre de Alonso y Roberto Basualdo, quienes presentaron un proyecto en dicha Cámara que llevó el número 540/07.

Hago más las palabras del doctor Jorge Pellegrini, director del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, quien obtuvo el Premio Gineva 2005 por su lucha por los derechos humanos en la psiquiatría, al decir que: "Hay que dejar de pensar en la enfermedad mental como un proceso que marcha fatalmente hacia la cronicidad, depende del trato, de la operación, de cómo se trabaje en la crisis, que ese proceso marche en un sentido o el otro. Hoy, con el desarrollo que tienen las técnicas en el campo de la psicoterapia, de la psicofarmacología, de la expresión corporal, el psicodrama, las terapias grupales y todo lo que se ha ido desarrollando en la Argentina, es absolutamente insostenible que haya internaciones que duren más de 20 días.

"El criterio de la irreversibilidad es insostenible, con lo cual tampoco estoy afirmando que se curan el 100 % de los pacientes... Que una persona se rehabilite no significa que vuelve al estado previo a la enfermedad. Hay pacientes que quedan con lesiones importantes, hay pacientes que requieren tratamiento toda la vida, pero no encierro toda la vida.

"Tratamiento e internación no son sinónimos. La internación es una conducta médica y el tratamiento es una estrategia. Las pinturas más caras que existen hoy las pintó un esquizofrénico. Hasta el enfermo más enfermo tiene algo de sano que puede preservar".

Por ello, voto en contra del proyecto, ratificando mi disconformidad como bien quedó demostrado al presentar mi disidencia parcial con fecha 7-10-09.

18

**INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA  
DIPUTADA DIEZ****Fundamentos de la disidencia parcial de la señora  
diputada al dictamen de las comisiones de Acción  
Social y Salud Pública y de Justicia en el proyecto  
de ley del señor diputado Gorbacz y otros sobre  
régimen de salud mental**

Me dirijo a usted, en el expediente 126-D-09, referido al proyecto de ley nacional de salud mental, a los efectos de hacerle llegar la presente disidencia parcial respecto del dictamen emitido sobre ese expediente el día 6 de octubre del corriente año por las comisiones de Salud y Acción Social y de Justicia.

Sin perjuicio de que considero necesario establecer un marco legal que comprenda la problemática de los pacientes con padecimiento mental, quiero dejar sentada mi disidencia parcial y destacar algunas de las observaciones que tengo en el dictamen aludido.

En primer lugar, quiero señalar una observación al artículo 24 del dictamen, que establece la obligación para el juez de elegir entre dos evaluaciones de equipos interdisciplinarios, una solución que implique “menor restricción de la libertad”, cuando de la internación involuntaria de una persona con padecimiento mental se trate. En este sentido, debe tenerse en cuenta que la solución que “menos restrinja la libertad” no siempre implica que sea la mejor, por lo que opino que es una intromisión excesiva de la ley sobre el criterio médico.

Respecto del artículo 27, que obliga a los institutos mentales de todo tipo a adaptarse a la ley, quiero señalar que la adaptación dispuesta no tiene plazos, por lo que sancionada la ley se deben adaptar inmediatamente. Sin embargo, el mismo artículo establece la sustitución definitiva de los institutos por los dispositivos alternativos sin plazos. En ambos casos, entiendo que se le daría mayor viabilidad a la ley estableciendo plazos prudenciales de adaptación.

En cuanto al artículo 28, que plantea la obligatoriedad de internar en hospitales generales, quiero manifestar la dificultad que implicará su aplicación inmediata, toda vez que no creo que hospital alguno cuente con la estructura necesaria para cumplir con

esta manda, tanto más que el financiamiento progresivo previsto en el artículo 32 recién tendría su plena efectividad en 3 años.

Por último, corresponde considerar que los plazos en días y horas que se establecen para los actos que el juez u otros obligados deben cumplir conforme lo previsto en algunos de los artículos son de contenido procesal, por lo que en ese sentido considero que son una facultad no delegada por las provincias a este Congreso. No es el único tema que en este dictamen se soslayan las competencias propias de las provincias, pero bien podría entenderse que la adhesión de éstas, será un acto necesario para la aplicación de la ley.

Por las observaciones que destaco y otras que en razón de la brevedad omito, es que no puedo acompañar este dictamen sin consignar la disidencia que por la presente fundamento.



26

**INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR  
DIPUTADO GORBACZ****Fundamentos del apoyo del señor diputado al dictamen de las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Justicia en el proyecto de ley del que es coautor sobre régimen de salud mental**

Hemos llegado por fin a la instancia de poder aprobar en esta Honorable Cámara de Diputados de la Nación un proyecto de ley que viene recorriendo un largo camino de construcción democrática: la Ley de Salud Mental. Este camino cuya historia es una historia no solamente de discusión de una norma sino fundamentalmente una historia de lucha de profesionales, familiares y usuarios de los servicios de salud mental, y también de militantes por los derechos humanos en nuestro país y en el mundo.

Muy lejos de un espíritu falsamente “fundacional”, hemos querido hacer una contribución, construir un escalón más, recogiendo de esas experiencias y esas tradiciones las enseñanzas y los aportes que se fueron logrando, para plasmarlos en un proyecto de ley que pudiera darle a la política de salud mental de la Argentina un marco sólido en materia de derechos humanos.

Destacamos el continuo acompañamiento y los aportes de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación; de la Organización Panamericana de la Salud; de la Organización Mundial de la Salud; del Centro de Estudios Legales y Sociales; del Consejo General de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires; del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional; y de muchos otros referentes latinoamericanos e internacionales; autoridades nacionales, provinciales y municipales en la materia; legisladores y jueces nacionales; otros integrantes de organismos de derechos humanos; autoridades e integrantes de equipos e instituciones de salud; investigadores y docentes de universidades públicas; integrantes de asociaciones de familiares y usuarios de atención en salud mental.



Nuestro país ha padecido numerosos períodos en los cuales la vulneración de los derechos humanos ha sido la regla, el más reciente a manos de la dictadura militar que usurpó el poder de 1976 a 1983. Esa historia nos ha enseñado, y por parte de ese aprendizaje se refleja en la incorporación en nuestra Carta Magna de tratados que nos comprometen, ante el mundo, a promover y resguardar los derechos humanos fundamentales de los argentinos y las argentinas.

Ese marco normativo de jerarquía constitucional requería ser aplicado también, sin ninguna duda, a un campo que durante décadas, aún más, durante siglos, fue proclive a la vulneración de derechos y a la degradación de las personas.

Y no es que esa necesidad no estuviese ya recogida y manifestada por verdaderos militantes que desde hace mucho tiempo vienen, no sólo reclamando, sino también construyendo un cambio profundo en las prácticas concretas en distintos lugares de nuestro país.

La historia de la salud mental en nuestro país ha sido reseñada por destacados investigadores y se reescribe permanentemente con los aportes de distintas disciplinas que nos permiten visualizar la complejidad de la situación actual. Si bien muchos de estos desarrollos han sido influidos por las formas de abordar la salud y la “locura” en otros países –incluyendo el modelo asilar que no ha sido exclusivo de estas tierras– la tensión permanente entre, por un lado, políticas de encierro y estigmatización y por el otro, políticas de respeto y cuidado de las personas ha estado presente en distintos momentos históricos. En esta breve presentación, queremos hacer un reconocimiento a algunos pensadores y militantes perseverantes en el trabajo por una sociedad más justa que incluya a aquellas personas en situación de mayor vulnerabilidad por su padecimiento mental. En la segunda mitad del siglo XX, Enrique Pichón Rivière desarrolló los fundamentos de la psicología social en nuestro país, destacando el rol fundamental de los lazos familiares y sociales, tanto en función del padecimiento como de la recuperación de las personas. En la década de 1960, Mauricio Goldenberg, a cargo de la dirección del Servicio de Psicopatología del Hospital Gregorio Aráoz Alfaro de Lanús (el Hospital Zonal “Evita”), coordinó un proceso de transformación de los modos de pensar y trabajar en salud mental en nuestro país, promoviendo la activa presencia de otras disciplinas y el desarrollo de novedosos encuadres terapéuticos, cuya influencia llega a nuestros días.

La dictadura militar –como en todas las áreas de la vida social y política de nuestro país– produjo un abismo que desarticuló estos procesos, junto con el saldo en víctimas de trabajadores de esas y otras instituciones y ámbitos del campo popular.

A partir de 1983, con la apertura democrática, la salud mental fue caracterizada como una de las

prioridades del sector salud. En ese marco, Vicente Galli puso en marcha los denominados “programas participativos nacionales” y se consolidó un “acuerdo político-técnico”, que se tradujo en la creación de direcciones y programas de salud mental en muchas provincias. Asimismo, se creó la Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental, como parte de los programas de capacitación para funcionarios y profesionales.

Con el inicio de la década de los años noventa, se produce un estancamiento de estas políticas, en sintonía con los procesos de ajuste y transferencias masivas a las provincias de los servicios de salud y educación. En ese contexto, la Dirección Nacional de Salud Mental vio relegada su injerencia, pasando a ser Instituto de Salud Mental, para posteriormente convertirse en Unidad Coordinadora y Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable.

A pesar de ello, en las distintas jurisdicciones se continuaron desarrollando experiencias –algunas muy incipientes, otras con mayor grado de consolidación– que implementaron prácticas alternativas a la internación psiquiátrica, de los cuales algunos ejemplos son la provincia de Río Negro y la de San Luis. El proceso de desmanicomialización de la provincia de Río Negro es uno de los referentes ineludibles de la historia por la lucha por la salud mental y los derechos humanos de las personas.

También la provincia de Tierra del Fuego ha sostenido un modelo de atención no manicomial, en base a servicios de salud mental en los hospitales generales con un dispositivo de internación compartido y de carácter breve. La muy escasa tasa de derivaciones que se generan desde el Hospital Regional de Ushuaia demuestra cómo, en un contexto de relativo buen funcionamiento de los distintos dispositivos estatales, es posible sostener un modelo sin instituciones cerradas.

En nuestros días, esta tensión persiste. Por un lado, el modelo asilar que se resiste a desaparecer o procura reinventarse bajo diferentes formatos, que no ocultan la ideología del encierro del peligroso, de la discriminación del diferente, del abandono del vulnerable. Concomitantemente, se instalan con inusitada fuerza estrategias de control social, tales como la medicalización de la vida cotidiana desde edades cada vez más tempranas, procurando encuadrar el malestar bajo rótulos psicopatológicos, mayoritariamente funcionales al orden social hegemónico y a los intereses de la industria farmacéutica.

Queremos jerarquizar el rol de los organismos de derechos humanos en nuestro país, que han sido uno de los referentes y articuladores de esta lucha: la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, el Centro de Estudios Legales y Sociales y la Asociación de Madres de Plaza de Mayo, que este año está convocando al VIII Congreso Internacional de

Salud Mental y Derechos Humanos en nuestro país, entre otros.

Como señaló el secretario de Derechos Humanos de la Nación, el doctor Eduardo Luis Duhalde, en la apertura de la jornada del 30 de junio del año pasado: "...Si bien nadie hoy teoriza a favor del *statu quo*, éste se impone por fuerza de la inercia, pese a los esfuerzos y reclamos de los profesionales y auxiliares de las distintas áreas de la salud mental, y de las organizaciones no gubernamentales específicas. Lo cierto es que la falta de una ley sobre la salud mental es una de las grandes deudas del Parlamento argentino, que es hora de saldar positivamente...".

En este marco, queremos destacar que dentro de las políticas de desinstitucionalización, distinguimos aquellos procesos que se inscriben meramente en la lógica de deshospitalización de aquellos que dan cuenta de una verdadera lógica de desmanicomialización. Por un lado, los procesos de deshospitalización son funcionales a las políticas de desentendimiento del Estado de sus funciones de garantizar el cuidado de la salud de las personas, constituyéndose en estrategias de reducción de presupuesto y de servicios, profundizando la vulnerabilidad de las personas afectadas —ya sea usuarios de servicios de salud o sus familiares— y precarizando la situación de los trabajadores del sector. Por el contrario, la desinstitucionalización, planteada en términos de desmanicomialización, es un proceso que conlleva una profunda transformación no sólo del concepto de cuidado de la salud, sino incluso de aquellas cuestiones que fueron determinantes del padecimiento mental. En este marco, las políticas de desmanicomialización se centran en el respeto de la dignidad de la persona, en el desarrollo o recuperación progresiva de su autonomía y en el fortalecimiento de lazos familiares o sociales o la recreación de nuevos lazos en su comunidad.

Por último, o al principio, queremos referir también que el padecimiento mental es parte de los procesos salud-enfermedad-atención que nos atraviesan a todas las personas, y por ello entendemos que el cuidado en salud mental debe incluir diferentes encuadres, en el marco de los principios de la atención primaria de la salud, en tanto abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y con participación de todos los actores involucrados.

Por lo expuesto y con la vocación de afianzar los avances realizados en la historia de nuestro país, consolidando la salud mental como un valor humano fundamental, y reconociendo que la protección de los derechos sociales y humanos de las personas con trastornos mentales es una obligación del Estado, venimos con entusiasmo a este recinto a tratar la sanción de esta ley, que esperamos sea completada en el Senado, constituyéndose en un hito trascendental para nuestro pueblo.