

"La sociedad reconoce una crisis, pero hay una negación a preguntarse por las causas; es una epidemia sin epidemiólogos"

Mauro Pino¹

Cintia Montes²

Sergio Matusevich³

Carolina Piovano Gil⁴

Juana Macaya⁵

Tamara Arocena Schreiner⁶

Julieta Suarez Huerta⁷



En el marco del proyecto de investigación 2024-2025 "El aporte de conceptualizaciones psicoanalíticas en la construcción de leyes referidas a la ampliación de derechos en la Argentina", dirigido por el Lic. Mauro Pino y codirigido por el Dr. Horacio Martínez⁸, recibimos al licenciado Leonardo Gorbacz, diputado nacional mandato cumplido y autor de la Ley Nacional de Salud Mental. El encuentro reunió a docentes, investigadores, graduados y estudiantes que integran el equipo del proyecto.

A quince años de la sanción de la ley, Gorbacz analizó el lugar que el psicoanálisis ha tenido en su implementación y el papel que aún puede desempeñar frente a los discursos punitivos que intentan desandar el paradigma de derechos. Afirma que la perspectiva psicoanalítica aporta una lectura ética y subjetiva indispensable para resguardar la singularidad en las prácticas y sostener el espíritu de la ley en un contexto de crecientes tensiones políticas y culturales.

¹ Director del Proyecto

² Docente Investigadora

³ Docente Investigador

⁴ Docente Investigadora

⁵ Adscripta estudiante

⁶ Adscripta estudiante

⁷ Adscripta estudiante

⁸ Se trata de una línea inaugurada en 2024 dentro del Centro de Investigación en Sujeto, Instituciones y Cultura y que forma parte del grupo de investigación "Psicopatología y Clínica" de la Facultad de Psicología.

Mauro Pino: Nuestro proyecto se propuso, como uno de los objetivos principales, tratar de ubicar qué discursos expertos, en particular, el discurso disciplinar de la psicología, en particular más aún del psicoanálisis, y cómo estuvo presente en las construcciones de leyes de ampliación de derechos. En un periodo de 11 años, elegimos cuatro: la ley de salud mental, la de identidad de género, matrimonio igualitario y la de interrupción voluntaria del embarazo.

Nos dimos cuenta de que las últimas tres siempre tomaban como referencia a la primera, la ley de salud mental. Entonces, lo primero que te queríamos pedir era si nos podías contar el modo en que esos discursos expertos, de la psicología y del psicoanálisis en particular, intervinieron, tanto en los debates en el parlamento, en cámara de senadores, cámara de diputados, como en comisiones, y cómo era el modo en el que intervenían, si eran convocados, si alguien se quería acercar y podría opinar sobre el tema, un poco pesquisando eso. ¿Cómo, de alguna manera, aportó el discurso de nuestra disciplina a la construcción en particular de la ley de salud mental?

Leonardo Gorbacz: Bueno, gracias por invitarme. Tal vez no tenga una respuesta sencilla a esa pregunta. Por un lado, por el tiempo que pasó, con lo cual es difícil reconstruir en detalle quiénes participaron, qué aportaron, etc., salvo porque existen versiones taquigráficas de algunas de las reuniones de comisión. Y, por otro lado, porque la ley de salud mental es una ley que establece derechos. No es un programa que establezca cuáles son las terapias, las herramientas, las intervenciones que están habilitadas, no regula profesiones, sino que establece derechos. Uno podría decir, ¿han participado psicoanalistas en la discusión? Sí, es imposible que no, que en Argentina no lo hagan. Pero yo diría que han participado más en carácter de integrantes de alguna organización de derechos humanos o de alguna asociación de profesionales. O sea, más agrupados como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, etc., que, en su carácter de psicoanalistas, por lo menos por lo que recuerdo.

Nosotros lo que hicimos fue, durante un proceso largo de tres años, generar espacios de participación en algunas ocasiones en la comisión, o sea, en el marco de la comisión, con los diputados, en las reuniones formales, que se llaman reuniones informativas, e hicimos foros dentro y fuera del Congreso para recibir aportes, y siempre con el criterio de invitar a todo el mundo. Pero ¿qué es todo el mundo? Es todo el mundo que estaba movilizado discutiendo la desmanicomialización, la reforma del sistema de salud mental en Argentina, y ahí vos tenés asociaciones de derechos humanos, Madres de Plaza de Mayo, APSA, la Asociación de Psiquiatras. No recuerdo que las asociaciones o las escuelas de psicoanálisis estuvieran movilizadas discutiendo políticas públicas, por lo menos en ese momento, ¿no? Lo que no quiere decir que tal vez en alguna instancia han participado como tales.

Tal vez la pregunta se pueda invertir y preguntarnos si las asociaciones estrictamente psicoanalíticas estaban preocupadas por incidir en la política pública o por discutir las condiciones de encierro de las personas en las instituciones psiquiátricas o los marcos de derechos humanos que necesitábamos establecer en el campo de la salud mental en Argentina. Y bueno, en principio no parecía que esa era su agenda, digamos.

M.P.: ¿Y dentro de las comisiones? ¿Vos recordás que haya habido algún profesional que aporte una idea desde la disciplina?

L.G.: Resulta difícil pensarlo en esos términos, la verdad, porque ¿qué discutimos en la ley de salud mental? Primero, la discusión sobre si los hospitales psiquiátricos deberían continuar como están, reformarse o cerrarse, o cuándo. Bueno, ¿no? Primera discusión. ¿Qué profundidad debería tener la interdisciplina? Ya que, bueno, en el país, en la mayoría de las instituciones públicas, por lo menos, en las privadas también, se trabajaba interdisciplinariamente, pero siempre con una hegemonía un poco más marcada del médico-psiquiatra. Había que discutir si modificábamos eso o no.

El tema de la autonomía de las personas con padecimientos mentales y la posibilidad de incluirlas en la comunidad, qué herramientas se necesitaban, etc. O sea, no discutíamos ni qué tipo de terapia, ni el inconsciente, ni el goce.

La discusión era una discusión de organización del sistema y de derechos para lograr dos cosas. Por un lado, mejorar la accesibilidad de la población al sistema de salud mental y, por otro lado, evitar que el sistema de salud mental se transformara en un sistema de encierro y de exclusión. Uno podría decir: ¿esos principios que la ley finalmente estableció son contrarios a la ética del psicoanálisis? Yo creo que no. Responden, en todo caso, a la misma ética, al mismo espíritu, a la misma concepción del sujeto.

Carolina Piovano Gil: **¿Encontraste alguna resistencia en relación a los psicoanalistas que formaban parte de esas instituciones en todo ese movimiento?**

L.G.: No, las resistencias a la ley de salud mental provinieron casi exclusivamente de un sector de la corporación psiquiátrica, donde asumo que había psicoanalistas también. O sea, yo te diría casi con seguridad que pesó más la pertenencia a una profesión que a la identidad o el ejercicio del psicoanálisis.

Es decir, los psicólogos actuaron como psicólogos, los psiquiatras como psiquiatras, se organizó más alrededor de esa pertenencia profesional, digamos. Con lo cual me imagino que habrá habido psicoanalistas en contra, pero no con argumentos psicoanalíticos, sino por su pertenencia a la corporación psiquiátrica que, en el caso de la ley de salud mental, bueno, han sentido que perdían ciertos privilegios, ciertos lugares que eran exclusivos para los psiquiatras. Y ha habido seguramente psicoanalistas más pertenecientes al campo de la psicología o de los organismos de derechos humanos que apoyaron la ley de salud mental.

C.P.G.: **¿Considerás que, en el proceso de implementación de la Ley de Salud Mental, el psicoanálisis logró establecer un diálogo efectivo con la noción de sujeto de derecho, o pensás que quedó algo por decir y que el campo psicoanalítico podría haber participado más activamente en esa discusión?**

L.G.: No, no lo sé, porque a mí me parece que los ejes fundamentales de la ley de salud mental son armónicos con lo que plantea el psicoanálisis, es decir, la capacidad jurídica de todas las personas, la presunción de capacidad jurídica. Me parece que la mirada que el psicoanálisis tiene de los padecimientos mentales graves está más orientada a sostener la singularidad y permitir el lazo social, en términos de la ley es reconocer la capacidad jurídica y promover la inclusión social a través de herramientas de política pública. Esas herramientas de política pública, que pueden ser una política de pensiones, una política de vivienda, de inclusión laboral, son absolutamente consistentes con el trabajo que puede hacer un psicoanalista para tratar de que esa persona viva en la comunidad, haga relación con otros.

La interdisciplina, me parece que también los psicoanalistas trabajan, por lo menos en los casos graves, también en interdisciplina, y la ley lo que valora es eso. La definición de salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, sociales, culturales, biológicos, me parece que también un psicoanalista aceptaría esa definición, o por lo menos, tal vez, no sé, la definición que el psicoanálisis puede hacer de la salud mental tiene otros matices, otros elementos, pero en principio, me parece que es consistente con la idea de la ley de no reducir al sujeto a una sola dimensión.

Y después, bueno, poner el foco en el sujeto, por ejemplo, cuando la ley plantea, respecto de las adicciones, que hay que poner el foco en el sujeto y no en la sustancia, me parece que eso también va de la mano con la lógica del psicoanálisis, la idea misma de la reducción de daño, que obliga a correrse del furor curandis. La ley lo que está planteando es que la abstención no puede ser el objetivo único, primario de un abordaje de las adicciones.

Yo creo que en esos términos uno podría pensar si la ley de salud mental permite o le da al psicoanálisis, aún sin nombrarlo, porque no se trata de nombrar escuelas o formas de intervención clínica en salud mental, un lugar cómodo de trabajo. La respuesta es que sí.

En todo caso, sí, me parece que uno se haría la otra pregunta, ¿por qué las instituciones psicoanalíticas como tales no han estado más interesadas en participar desde ese lugar?

C.P.G.: Bueno, ¿podemos hacer esa pregunta?

L.G.: No lo sé, yo creo que vos tenés psicoanalistas en las instituciones públicas que están más comprometidos con pensar las cuestiones que tienen que ver con lo público, con las políticas, etc.

Y después hay instituciones que están más vinculadas a la práctica clínica privada y que se desentienden un poco de las cuestiones de accesibilidad, de política sanitaria, de lo que sucede en los hospitales psiquiátricos. Creo que es un error, en todo caso, ¿no? Porque me parece que forman parte de la realidad de nuestro país y debería haber un compromiso de todos los que trabajamos en este campo. Pero bueno, es cierto que hay, en Argentina, no todo, pero hay un psicoanálisis más elitista, más encerrado sobre sí mismo, más mirando a Francia que al Melchor Romeo, para decirlo de manera sencilla.

Se hicieron actividades durante tres años. En aquel momento, la invitación era por mail, no había WhatsApp. Y tratábamos de que circule para que todo el que estuviera interesado participara. Imaginate que, si en tres años todo el campo de la salud mental sabía que se estaba discutiendo eso, el que no participó no fue porque no fue invitado, sino porque no se sintió interpelado o estaba tan en otra sintonía que ni se enteró, puede pasar.

Yo no recuerdo resistencias desde el psicoanálisis, ni argumentos psicoanalíticos que se opusieran a la ley. ¿Qué se discutía? A ver, ¿cuáles fueron los puntos discutidos? Por un lado, si los hospitales llamados “especializados” eran necesarios, imprescindibles o no. Esa es una discusión.

Si para internar se necesitaba sí o sí la presencia de un médico, o podía prescindirse de esa figura. El criterio de riesgo cierto inminente para la internación involuntaria. Si debía existir la

internación involuntaria en salud mental, sí o no, para determinados casos, y bajo qué criterio y bajo qué controles.

Y entonces ahí había distintos argumentos, pero por lo menos lo que yo recuerdo no tenía tanto que ver con conceptos del psicoanálisis, ¿no? Sino con otras miradas, más de la psiquiatría, de la experiencia en las instituciones públicas.

C.P.G.: También es verdad que, en una parte de la ley, en el artículo 33, vos haces la recomendación que haya determinadas temáticas en relación a la ley de salud mental, en las diferentes universidades públicas y privadas. Ahí es donde la ley de salud mental empieza a aparecer, y a entrelazar con las teorías. En la Facultad de Psicología, el psicoanálisis tenía que empezar a ver o problematizar de cara a lo que venía sucediendo. Tenía que empezar a transversalizarse de alguna forma.

M.P.: Sí, también se introdujo en la currícula, empezó a haber unidades que tenían que ver con salud mental en materias psicoanalíticas.

L.G.: Sí, sí, en tanto la ley establece un cambio de paradigma y el objetivo es modificar las instituciones, las formas de intervención en todos los ámbitos, no solamente en el sanitario, obviamente vos necesitás profesionales que estén formados con herramientas que permitan trabajar en el marco del nuevo paradigma, entonces en ese sentido, el artículo 33 establece que todas las carreras vinculadas, que pueden ser infinitas, pero nosotros hicimos un trabajo en Jefatura de Gabinete de Nación en su momento, con cinco carreras: Psicología, Medicina, Derecho, Enfermería y Trabajo social, con algunos ejes fundamentales para que esas carreras en todo el país tuvieran en cuenta esto, adaptaran sus currículas no solamente incorporando el conocimiento de la ley, sino las herramientas que la ley promueve, desde dispositivos a hospitales de día, viviendas con apoyo, etc., el trabajo en el hospital general, que no es lo mismo que el trabajo en el hospital monovalente, los procesos de externación, el trabajo en la interdisciplina; los psicólogos antes de la ley salud mental no tenían la posibilidad de decidir una internación o no intervenían en ese proceso, o intervenían en un rol secundario, bueno, todo eso había que por lo menos empezar a considerarlo en la formación profesional.

Santiago Matusevich: En una entrevista hablabas de la OMS, de la OPS, de derechos humanos; vos aparte sos psicólogo, y hablando justamente desde el lugar del psicoanálisis, en tu fuero íntimo, ¿el psicoanálisis tuvo un lugar también en pergeñar un poco esta ley?

L.G.: Sí, yo soy psicólogo formado en la UBA, por lo tanto desde el psicoanálisis, en la época que yo me formé era así, y mi práctica clínica en el hospital siempre fue desde el psicoanálisis, en un hospital general, así que uno podría decir que desde ese lugar, sí, obviamente que la ley tiene esa perspectiva, siempre que pensé en la intervención del psicólogo o el rol del psicólogo, bueno, no pude evitar pensarlo desde ahí, aunque también había otros psicólogos tal vez trabajando en el equipo, en la mesa más amplia que participó durante todo el proceso, que por ahí tenían otra mirada, o incluso algunos hasta una mirada crítica.

La ley de salud mental plantea la salud mental comunitaria, también ahí yo reconozco que por ahí hay psicólogos con vocación comunitaria, con miradas críticas hacia el psicoanálisis. Pero no es mi caso, me parece que como dije antes, el psicoanálisis tiene un lugar cómodo en el marco de la ley, en la medida en que trabaja con la singularidad, con la idea de salud

asociada a la posibilidad de establecer lazo social, con la idea de que cada persona pueda conducir su vida de acuerdo a su propio deseo, a sus propios intereses, que no esté tutelada por un otro.

S.M.: ¿Y el diagnóstico?

L.G.: Bueno el lugar del diagnóstico es todo un tema, fue toda una tensión, y yo te diría, la ley y la reglamentación reflejan de alguna manera una solución de compromiso de esa tensión que hubo, de qué lugar darle el diagnóstico. Porque ese fue y sigue siendo, yo te diría, una de las críticas más fuertes que le hace la psiquiatría o algunas asociaciones psiquiátricas a la ley de salud mental. Dicen que desconocen la existencia de enfermedades concretas.

Yo creo que es la vía por la cual pretenden decir “las enfermedades existen, y los únicos que pueden atender a enfermedades son los médicos”. Entonces ahí, finalmente, lo que la ley plantea es que hay padecimientos mentales, hay sufrimientos mentales, que nos atraviesan a todos, algunos pueden ser diagnosticados de acuerdo a ciertos parámetros, y otros tal vez no. Es una tensión, porque claramente lo que el psicoanálisis entiende por enfermedad mental o el lugar que le da el diagnóstico, tal vez no sea el mismo lugar de consistencia explicativa que le da la psiquiatría, ¿no?

Entonces no lo negamos, hay una pauta que es, si se va a diagnosticar, más o menos así lo dice la reglamentación, que se haga con nomenclaturas que tengan aval del ámbito público, o cierto aval de instituciones públicas nacionales o de organismos internacionales de los cuales Argentina forme parte. Eso fue un poco decir “no se puede diagnosticar con el DSM”. Si van a diagnosticar, utilicen el C10 que es de la OMS, pero no el DSM.

Después hay otro punto que da lugar a veces a la confusión de qué se quiso poner el inciso c) del artículo 7° cuando se dice que las personas tienen derecho a ser atendidas con prácticas que estén basadas en fundamentos científicos ajustadas a principios éticos. Después vino la discusión del TCC con el psicoanálisis y se utilizó mucho esa idea de evidencia científica, pero en realidad ese artículo no tenía nada que ver con eso, sino con la discusión acerca del electroshock.

Tamara Arocena Schreiner: Varias veces mencionás las esferas de lo público y de lo privado. Quería preguntarte en relación a la implementación de la ley, si crees que se vio de manera diferenciada en estos dos ámbitos.

L.G.: Bueno, la ley tiene en cuenta el sistema de salud en Argentina, en el que vos tenés sector privado, sector público, obras sociales; la ley también hace referencia a eso. Así que, en ese sentido, hay un artículo que plantea claramente que se incluye todos los ámbitos.

Ahora, también es cierto que la política pública tiene una incidencia más directa en el sector público, y una incidencia más indirecta en el sector privado, y también depende qué gestión, porque, por ejemplo, hoy tenemos a nivel nacional una debilidad muy fuerte en la regulación y control de las prestaciones de la medicina privada, porque se ha desregulado el precio de las cuotas, y porque quien debería controlar, que es la superintendencia del servicio de salud, está en manos de una persona que proviene del sector privado, entonces eso hace que, uno diría, la implementación de la ley de salud mental en el ámbito privado, esté muy debilitada,

pero por una cuestión de política pública. Ahora, la ley es para el ámbito público y el ámbito privado. Bueno, provincia de Buenos Aires hace poco o no tan poco, avanzó en una norma de regulación y en una adecuación, por ejemplo, de las instituciones privadas, tanto de consumos como de salud mental.

Ahora, el privado de consultorio obviamente tiene una característica distinta, o tiene una población tal vez distinta, ¿no?, que hace que esté atravesada de otra manera. Está atravesada, pero de otra manera que una clínica privada o que una empresa de medicina privada.

Pero el cumplimiento de la ley es para todos, toda intervención o toda institución práctica de salud mental.

T.A.S.: En relación específicamente a la implementación, ¿crees que se dio de manera diferenciada?

L.G.: Depende dónde. En Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, las clínicas privadas de salud mental litigaron contra la ley, contra el artículo 27 de la ley, para no tener que hacer la adecuación. Incluso ganaron algunas instancias judiciales, pero tampoco quiero decir que el sector público en Ciudad de Buenos Aires no ha hecho gran cosa, porque la política de Ciudad de Buenos Aires en general, la gestión actual de Ciudad de Buenos Aires se manifiesta abiertamente en contra de la ley de salud mental.

Entonces, depende mucho de la jurisdicción. El sector privado, además, está atravesado por otros intereses. Entonces, en general el dueño de una clínica privada está pensando en el lucro, en la rentabilidad y, obviamente, cualquier cosa que se oponga a eso, lo va a resistir. Para eso tiene que estar el Estado interviniendo en ese sentido. En cambio, en el sector público puede haber resistencia, pero son de otra naturaleza.

C.P.G.: En el contexto actual ¿qué riesgos ves para la continuidad y la ampliación de las leyes de derechos —incluida la Ley de Salud Mental y las demás normas que mencionamos— y qué dimensiones te parecen hoy más vulnerables a retrocesos?

L.G.: Bueno, ahora va a cambiar la composición del Congreso con la ampliación del bloque de la derecha que, en general, se ha opuesto históricamente por lo menos a alguna de estas leyes, no a todas. A la ley del aborto, a la ley del matrimonio igualitario.

Lo que hay que ver es si esa ampliación de los bloques se corresponde con cambios de mirada sobre estos temas de la población en general, también. Respecto de la ley de salud mental, los intentos de modificación de la ley de salud mental que todo el tiempo están presentándose en la Cámara de Diputados, fundamentalmente, hasta ahora no han provenido en general del bloque oficialista, salvo la Ley Ómnibus, cuando recién arrancó el Gobierno Nacional.

Después, los proyectos que hay de modificación, son de la Coalición Cívica, del PRO, del Radicalismo. Pero bueno, yo creo que hoy estamos en un momento de mayor riesgo de modificación de estas leyes, porque primero ha habido una campaña en contra de la ley de

salud mental en un momento en que además hay más demandas. Y entonces hay un sector de la sociedad que se desespera por encontrar una solución radical, absoluta, y la única solución radical y absoluta en salud mental es encerrar a la gente, ¿no? Hasta que eso sea inviable, porque tengamos que estar todos encerrados.

Pero sí, hoy estamos en un momento de mayor vulnerabilidad respecto de eso. No digo que necesariamente la ampliación de los bloques de derecha vaya a dar por resultado la derogación de estas leyes, porque es más complejo que eso, pasarán otras cosas, hay colectivos, pero sí, es un momento de mayor riesgo.

M.P.: Leonardo, al trabajar sobre estos temas notamos una particularidad: aún después de 15 años seguimos refiriéndonos a la Ley de Salud Mental como la “nueva” ley. ¿Pensás que ese signifiante quedó anacrónico o que persiste porque todavía hay aspectos de la implementación que no terminan de concretarse?

L.G.: Mirá, yo creo que lo que se ha dado es que durante mucho tiempo se la llamó “nueva ley” y de pronto se la empezó a considerar “vieja”, porque hay algunos que dicen que ya lleva mucho tiempo y hay que actualizarla. Me parece que frente a una ley que busca cambiar un modelo que está asentado hace siglos en la historia de la humanidad, tal vez se justifique decirle “nueva” cuando apenas transcurrieron 15 años, tal vez tenga que ver también con lo que vos decís de que todavía la implementación está en proceso o en inicio, en todo caso sí, me parece que es un síntoma, porque 15 años es un tiempo suficiente, ya no es ni nueva ni vieja, es la ley de salud mental.

Cintia Montes: ¿Vos le modificarías o ampliarías algo?

L.G.: No lo puedo pensar en abstracto, yo lo que puedo pensar es que cualquier apertura a la discusión de la ley de salud mental en este congreso termina mal. No me parece que ninguna modificación en la ley de salud mental pueda generar un cambio sustantivo en la realidad.

C.M.: ¿Se puede pensar más desde las prácticas?

L.G.: Claro, me parece que con esta ley podríamos avanzar mucho más sin necesidad de tocarla y que tocarla, aunque sea en un buen sentido, no va a modificar mucho. Si vos me decís, ¿qué problemas tiene hoy el sistema de salud mental en Argentina? Ninguno se resuelve modificando la ley y mucho sí se resuelve implementando lo que la ley dice. Ahora hay discusión, hay dos leyes sobre salud mental que tienen dictamen para tratarse en el recinto de Diputados: una de emergencia y una que es una especie de programa sobre suicidio en infancia y adolescencia. Ninguna modifica la ley de salud mental. Es más, las dos explícitamente se enmarcan en la ley de salud mental.

Están más focalizadas, una en el aspecto económico y en emergencia, y la otra en la problemática de niños y adolescentes. La Comisión de Salud decidió eso, había muchos proyectos de modificación de la ley de salud mental.

S.M.: Retomando lo que mencionabas sobre los 15 años de la ley, recuerdo haberte escuchado decir que uno de sus objetivos centrales era invertir la lógica histórica: antes era fácil internar y difícil externar, y la ley buscaba justamente lo contrario, en un contexto donde había alrededor de 25 mil personas internadas en el país. ¿Considerás que, en estos

15 años, la ley logró modificar esa dinámica? ¿Pudo realmente cambiarse esa ecuación en la práctica?

L.G.: Sí, esa ecuación tenía que ver con el cambio de rol de los jueces y las juezas. Y en ese sentido sí, se logró. En el sentido de que buena parte de la baja en la cantidad de internados que hay hoy en todo el país es efecto de que no hay que pedir autorización judicial para externar.

Antes realmente para externar había que pedir autorización judicial, no solamente el trámite burocrático, sino que a veces los jueces pedían garantía de buena conducta de las personas. Entonces se hacía un cuello de botella porque nadie iba a poner su firma para asegurar la conducta de una persona a la que le estaba dando el alta, porque eso es imposible y porque supone la presunción de peligrosidad para todos los casos. También se produjo una baja de ingresos porque muchas veces los jueces mandaban internar personas sin criterio. Eso hoy ya no se puede.

Ahí se produjo una descompresión, una baja en la cantidad de internados. Así que en ese sentido sí, yo no diría hoy que es difícil internar en el sentido de que el procedimiento sea difícil. Hay un poco más de requisitos, pero menos burocracia. Y ese es un punto de tensión también, más en un momento de tanta demanda. Y es el punto de mayor reclamo, de que los equipos no quieren internar, que las familias quieren internar y los equipos no. Entonces hay una tensión entre la mirada de la familia y la mirada de los equipos.

Pero bueno, yo creo que eso va más allá de la ley de salud mental. A ver, hace poco salió una película, *27 de noches*, que muestra precisamente la diferencia, muestra que la mirada de la familia o el criterio de la familia no siempre tiene que ver con el cuidado y el amor hacia la persona, que en el caso de la película ni siquiera tenía ningún problema de salud mental. Entonces la ley lo que cuida es eso.

Cuando hay mucha demanda pasan estas cosas, que hay familias que quieren internar, a veces con buena intención, a veces no. Y los equipos tienen otro criterio y a veces en el rechazo de la internación no hay un acompañamiento a la familia, entonces se produce como un reclamo, una queja de que debería ser más fácil. Pero detrás de ese "más fácil" lo que hay es la idea de que la familia debería poder decidir, cosa que estamos totalmente en desacuerdo. La familia no puede decidir la restricción de la libertad de uno de sus miembros, ni siquiera si fuera menor de edad, tampoco. Nunca puede ser esa la solución.

C.P.G.: Hablaste hace un ratito de que hay un aumento en relación a la demanda de la salud mental. Y me preguntaba qué lugar hay hoy para la salud mental en relación a las diferentes políticas públicas.

L.G.: Mirá, te contesto con un hecho de la realidad. Hoy no hay un Consejo Federal de Salud Mental, y sí hay una mesa de provincias autoconvocadas para trabajar salud mental a nivel federal. O sea, hay una ausencia del Estado Nacional, pero una presencia de los estados provinciales de distintos signos políticos, que tienen sus áreas de salud mental, sus políticas de salud mental.

A nivel nacional no hay nada porque el Gobierno Nacional no es que no esté interesado en la salud mental, no está interesado en nada que tenga que ver con la población. Es un gobierno

que está para determinados negocios financieros, explícitamente lo ha planteado así el presidente, está para destruir el Estado, no para gestionar políticas públicas.

Bueno, en salud mental eso se verifica, lo cual en algún punto hasta uno diría, hasta puede ser mejor, digamos. Yo en esta etapa no estaría reclamando que el Gobierno Nacional tenga una política de salud mental. Yo, con que no haga nada, me conformo.

C.P.G.: Pensando en los 15 años de celebración de la ley de salud mental, entendiendo que es una ampliación de derechos, pensábamos un poco en el origen, cómo surgió, cómo fue ese primer momento en que vos lo empezaste a pensar y después todo el recorrido que hace que llegemos hoy acá.

L.G.: Sí, no sé si yo lo empecé a pensar. Primero, estamos hablando del año cuando presentamos la ley, el primer proyecto, 2007, más o menos. Primero había un clima en el país, en la política, en el Congreso, de mucho entusiasmo por hacer cosas, de mucha sociedad civil llevando sus reivindicaciones, sus propuestas al Congreso y el Congreso abierto, recibíendolas. Entonces, era un clima donde vos podías pensar que se podía llevar adelante el proceso de cambio de paradigma. Después, fue un poco la conexión con las organizaciones que venían militando una reforma en el sistema de salud mental. Particularmente, yo tenía como asesora a una trabajadora social que falleció hace menos de un año, Silvia Faraone, una académica muy importante, que me planteó la idea.

Hasta ese momento yo llevaba la mitad del mandato, pero venía con la experiencia de muchos años de trabajo en un hospital de Ushuaia, en un hospital general. Entonces, yo ahí llevaba la convicción de que se podía trabajar sin hospitales psiquiátricos, porque además Tierra del Fuego es una isla, entonces no es que no teníamos hospital psiquiátrico, pero lo teníamos a mano, no había y estábamos acostumbrados a trabajar en hospital general, con las herramientas que el Estado podía brindar.

Así que, desde esa convicción y la propuesta de Silvia, el contacto que se fue dando con instituciones, con movimientos que venían trabajando la idea de una reforma en salud mental, y había un proyecto de ley sobre salud mental de una diputada, Marta De Brasi, que en algunas cosas podía coincidir con lo que pensábamos nosotros y en otras no. Entonces, como se iba a dar esa discusión, decidimos tener nuestro propio proyecto.

Y, finalmente, nuestro proyecto consiguió apoyo, porque contemplaba más radicalmente la interdisciplina, la desmanicomialización. Fuimos más a fondo con eso y empezamos a articular con todas esas organizaciones. Entonces terminó siendo como un movimiento.

La autoría es mía porque yo fui el diputado que firmó y sostuvo el proyecto, pero tuvo texto de muchos aportes y con mucho apoyo en aquel momento también de la Secretaría de Derechos Humanos de Nación, porque no había dirección de salud mental.

En Salud había un área que se llamaba “de comportamiento saludable”, con un médico a cargo que tenía poco presupuesto y una agenda limitada, donde no estaba incluida la reforma del sistema de salud mental. Pero quien sí había tomado el tema y había armado un equipo para trabajar en derechos humanos y salud mental era la Secretaría de Derechos Humanos. En ese momento estaba a cargo de Eduardo Luis Duhalde, un abogado de los organismos de

derechos humanos. De subsecretario estaba Luis Alem, un abogado importante. Y había una dirección que se ocupaba de este tema, que es la que había impulsado todo esto, a cargo de Victoria Martínez, una psicóloga, también con mucha trayectoria en derechos humanos, que había armado una Mesa Federal de derechos humanos y salud mental.

Entonces, se fueron articulando todos esos espacios y fue cobrando fuerza con un impulso muy fuerte de las áreas de derechos humanos. Es más, yo te diría que el Ministerio de Salud de Nación estuvo bastante corrido hasta que, cuando ya tenía media sanción el proyecto y estaba en tratamiento en el Senado, ahí se crea una Dirección Nacional de Salud Mental, pero se crea no a instancias del Ministerio de Salud, sino de los que veníamos trabajando la ley.

Y en ese momento, el apoyo de Aníbal Fernández como jefe de gabinete, que es el que incide para que se cree una Dirección de Salud Mental y para designar a un director que fuera parte de nuestro colectivo. Y entonces ahí es cuando uno diría que el Ministerio de Salud, a través de esa área, apoya la sanción de la ley. Te lo estoy sintetizando, pero fue un proceso bien colectivo. Fue realmente bien colectivo. Fue una articulación de movimiento.

Lo que sí decidimos fue que, si íbamos a discutir participativamente una ley de salud mental, fuera sobre un texto inicial, modificable, pero que sea un texto, porque si no iba a ser inviable una discusión. Ese texto lo escribimos nosotros. Lo escribió Silvia, lo corregí yo, lo presentamos, y a partir de ahí se empezó a discutir. Y lo trabajamos mucho con el equipo de asesoras compuesto por Matilde Ruderman y Virginia Lopez Casariego.

Entonces, como los proyectos vencen, tienen una vigencia, o tienen dictamen, o si no son sancionados caen, entonces nosotros dejamos ese proyecto, dejamos que avance la discusión, y cuando hubo que renovarlo, ya incluimos aportes que se fueron haciendo en estos distintos ámbitos. Una vez que consolidamos un dictamen en la Comisión de Salud, nos plantamos en que no se modificaba más, porque ahí si vos modificás, vuelve para atrás. O sea, hubo un tiempo para discutir y modificar, y un tiempo para defender lo que ya se había logrado como consenso, y no moverse de eso.

M.P.: Retomando lo que veníamos conversando sobre estos 15 años de la ley, da la impresión de que vos mismo la has acompañado y cuidado durante todo este tiempo, recorriendo el país y dando charlas. ¿Es así como lo vemos? ¿Cómo describirías esa experiencia? ¿Y de qué modo ese recorrido se refleja en el libro que estás por publicar y que, según sabemos, vas a presentar a fin de año en la Facultad?

L.G.: Sí, porque un poco siempre tuve la conciencia de que la ley necesitaba después un activismo para que vaya tomando cuerpo, para que se conozca, para que se discuta. De hecho, la discutimos durante tres años más como estrategia que otra cosa, en el sentido de que sabíamos que para que se aplique la tenían que sentir parte, los que la iban a tener que aplicar, y entonces preferimos hacerlo lento para que todos sientan que pudieron aportar, que pudieron discutir antes, no que les cayó de arriba.

Y entonces en ese sentido, siempre seguí con ese impulso de ir, de discutir, de pensar, lo que sea, salvo, te diría, cuatro años que tuve un cargo provincial en Tierra del Fuego que no tenía que ver con Salud que no me permitió mucho hacer eso.

Y ahora lo que vamos a presentar es el libro, “Ley Nacional de Salud Mental: una brújula para la crisis”, un proyecto que dirigimos con Alberto Trimboli, pero que muestra un poco el trabajo que se hizo parcialmente, es imposible recopilarlo en un solo libro en estos quince años y los avances, y también un poco cómo pensamos que la ley sigue siendo una herramienta válida para enfrentar una coyuntura distinta, porque hoy la salud mental no es lo mismo que hace quince años, en el sentido que hay una crisis reconocida por muchos de nosotros y el libro un poco intenta plantear eso, el trabajo que se hizo y cómo sigue siendo una herramienta válida frente a determinadas críticas que terminan siendo críticas infundadas.

Así que ahí hacemos un recorrido en ese sentido con varios autores; hay varios invitados. Primero hablamos de la ley, de cómo se gestionó, cómo se sancionó, qué derechos establece. Después, las instituciones que se fueron creando, un poco la experiencia del órgano de revisión, del consejo consultivo, de la comisión interministerial.

Y algunas experiencias nacionales de gestión de la ley, algunas experiencias subnacionales también. Está la experiencia de Provincia de Buenos Aires, un poco sintetizada. Y después un poco el análisis de la crisis y de las determinaciones sociales.

Yo lo que vengo sosteniendo es que hoy estamos atravesando una crisis en salud mental cuyo gran problema es que no hay una pregunta sobre las causas. La sociedad reconoce una crisis, pero hay una negación a preguntarse por las causas. Y que al mismo tiempo es una epidemia sin epidemiólogos, porque en salud mental, no tenemos mucha tradición en pensar en términos epidemiológicos. Entonces nos encontramos frente a una epidemia y con pocas herramientas para pensarlo como una epidemia, y para afrontarla como una epidemia. Bueno, un poco ese es el recorrido.

M.P.: Y ante todo esto, la ley mostrando su vigencia.

L.G.: Sí. Sí porque lo que pienso es que nosotros, en el primer tiempo, pusimos el foco o el centro de gravedad de la ley en el artículo 27, en el sentido de la desmanicomialización, la sustitución de las instituciones manicomiales, la externación de los pacientes. Y hoy yo lo que planteo es que deberíamos poner el peso específico en el artículo 3 de las determinaciones sociales. La definición de qué es la salud mental, de cuáles son las determinaciones sociales, porque hoy tenemos que poder dialogar con la demanda social. La demanda social no es de desmanicomialización. Nunca lo fue, lo cual nos obliga a ocuparnos igual de ese tema.

Pero para que sea sustentable la ley tenemos que poder dialogar con la sociedad. Y a mí me parece que hay un punto muy problemático, que es que la sociedad vive una crisis de salud mental, pero como no hay un diálogo o un poder pensar sobre las causas, lo que hay es una demanda de solución, una demanda masiva de solución al sistema de salud mental que es imposible de responder, que va a generar una tensión que puede terminar en la modificación de la ley, una modificación regresiva de la ley.

Y que entonces, para sintonizar con la sociedad, tenemos que poder abrir la pregunta sobre las causas y tenemos que poder brindar herramientas a la sociedad para que piense también, como fue con el COVID, que fue una epidemia, pero la gente no estaba solamente angustiada pensando que cualquier cosa podía pasar, sino que algunas cosas podía hacer la propia sociedad para enfrentar esa epidemia.

¿Por qué? Porque había una determinación clara de una causa, había recomendaciones para hacer, para no hacer. Bueno, en salud mental no tenemos eso. Entonces es un problema, porque la gente sabe que hay una crisis, ve que sus hijos, sus vecinos, están afectados por problemas de salud mental y lo único que tiene como herramienta es el reclamo de la atención.

Pero pareciera que es impensable que la sociedad tenga herramientas para prevenir o para mitigar esa crisis, que está todo en manos de los profesionales. Y bueno, ya sabemos, incluso para pensarlo desde el psicoanálisis, cuando una demanda viene tan absoluta, donde todo está en manos del profesional.

Entonces, así como si viene un paciente al consultorio a decirnos que está muy mal y que lo pone todo en nuestras manos, nosotros, hacemos ahí una pausa y habilitamos la pregunta de qué tiene que ver usted con todo esto, bueno, hay que hacer algo parecido a nivel social.

A nadie le gusta que le devuelvan la pelota. Pero bueno, que a nadie le gusta hasta cierto punto, porque después sentir que uno tiene algo que ver también es sentir que uno también lo podría resolver. Hay un tiempo segundo y eso también alivia. Y me parece que algunas cosas deberíamos poder empezar a pensar, a decir acerca de la violencia, del efecto que tiene la agresión, la agresividad en la agenda, la discusión de las cuestiones públicas en la sociedad, el individualismo, las nuevas tecnologías de la comunicación, cómo impactan.

Bueno, hay cosas sencillas, como que hoy vemos un aumento de los diagnósticos de autismo. Más allá de que por un lado hay sobrediagnóstico, también tenemos que pensar por qué a los chicos hoy les cuesta aprender a hablar, por ejemplo. Y si sería muy tonto pensar que tal vez haya que explicar y que decir que los chicos para aprender a hablar necesitan que les hablen. Capaz que son tonterías, pero capaz que está pasando que en alguna familia no hablan mucho.

C.M.: A veces eso es el trabajo en el consultorio, invitar a hablar, a explicar.

L.G.: Bueno, esas cosas hoy, fijate que en el debate público no están dichas. Entonces está instalado que hay muchos chicos con autismo, los derechos en relación al autismo, la discapacidad, los tratamientos. Y nadie está diciendo, bueno, es importante que las familias se tomen tiempo para hablar con los chicos. Los chicos no van a aprender a hablar si no se les habla. No estamos acostumbrados a eso, pero tal vez en algún momento pensemos que alguna responsabilidad tenemos en plantear esas cosas.

M.P.: Hace un momento mencionabas que algunas intervenciones sencillas pueden tener un impacto significativo, tanto en un consultorio como en una institución. Pero la ley también propone transformaciones que requieren una complejidad mayor, especialmente en términos presupuestarios: deconstruir un manicomio y construir un barrio supone presupuesto. ¿Cómo evaluás hoy ese aspecto? ¿Cómo viste —y cómo ves actualmente— la disponibilidad real de recursos para llevar adelante los cambios que la ley plantea?

L.G.: El tránsito entre un sistema y otro puede requerir mayores presupuestos, pero que después, estabilizado el cambio, es más barato un sistema sin manicomio que con manicomio. Lo cual es lógico, porque si vos te ponés a pensar, lo más caro en salud es la internación, porque es un tiempo intensivo de profesionales, uso de cama, todos los trabajadores que

están alrededor de una internación, la comida. Y entonces, si vos tenés un promedio de internación de 10 años, que no existe en ninguna otra área de la salud, obviamente eso es carísimo.

Entonces, el sistema manicomial es eso, es internación prolongadísima, muy costosa. Pero tal vez la transición requiera mayor presupuesto. Y bueno, por eso la ley prevé que el 10% del presupuesto de salud tiene que ir a salud mental.

M.P.: ¿Esto se está cumpliendo?

L.G.: No, no. Incluso hay un informe sobre el presupuesto de este año que ha bajado, que incluso no se cumplía, pero se ha bajado. A nivel nacional, después cada provincia tiene su propio presupuesto.

El presupuesto más grueso de salud no es el nacional. El 97% del sistema de salud está en manos de las provincias y de los municipios. Lo que pasa es que es esperable que desde el Estado Nacional haya un apoyo con programas específicos y demás. Pero es un esfuerzo que tiene que hacer Nación y cada una de las provincias.

No sé si es tanto el presupuesto que se necesita para el cambio, porque lo grueso del presupuesto en salud, además, y en salud mental en particular, es el recurso humano. En salud en general, es el recurso humano, pero vos tenés en otras áreas de la salud tecnologías caras, con medicamentos ultra caros o de alto costo. En salud mental, tecnología no hay, medicamentos sí, pero no son tan costosos y hay recursos profesionales.

Entonces, es un poco lo que está haciendo la Provincia de Buenos Aires, cuando habilita viviendas con apoyo, ha incorporado más personal, pero mucho del personal que acompaña a los usuarios en la vida en comunidad es el que estaba en los hospitales psiquiátricos. A medida que vos vas achicando los pabellones, tenés menos pacientes internados, menos necesidad de trabajadores, entonces migran y ahí no hay más costo.

M.P.: ¿Y en qué momento de ese proceso te parece que ocurre la transformación que resulta económicamente conveniente?

L.G.: Si vos tenés internaciones breves, ya bajás el costo. Y con internaciones breves, por ahí no vas a necesitar tantos apoyos para la vida en comunidad, porque no es lo mismo el apoyo que necesita una persona con 10 años de manicomio, que una persona que pasó por una internación breve. Entonces ahí se va a compensar. Y si hay integración con el sistema, la propia integración te hace ahorrar recursos.

Si vas a tener servicios, cámaras en hospitales generales, etc., la propia integración al resto del sistema te hace ahorrar recursos. Así que no debería ser más caro un sistema que tiene internaciones breves a un sistema con internaciones prolongadas.

M.P.: Para ir cerrando la jornada de trabajo de hoy, trabajamos en profundidad sobre la Ley de Salud Mental y su importancia para nuestro proyecto, pero también analizamos otras tres leyes, entre ellas la Ley de Matrimonio Igualitario. Sabemos que tuviste participación en su proceso. ¿Querés contarnos cuál fue tu rol y cómo fue esa experiencia?

L.G.: Sí, en realidad mi participación fue previa a la ley, porque cuando se sancionó la ley yo ya no era diputado, así que no la trabajamos. Pero sí cuando yo era diputado estaba la campaña por la ley de matrimonio igualitario. Yo participé de algunas actividades. La última fue un intento de matrimonio sin ley, de matrimonio igualitario sin ley, que era la estrategia de la FALGBT en ese momento en Ciudad de Buenos Aires. En aquel momento estaba Macri, jefe de gobierno, no este Macri sino el otro, Mauricio, y parecía que había un aval, y a último momento, interpusieron un recurso y él finalmente aflojó y no se pudo hacer.

Entonces yo terminé mi mandato como diputado y asumí en el gobierno de Tierra del Fuego como Secretario de Comunicación. Y nos llegó la propuesta, a través de gente del espacio político, de hacer el casamiento con el aval de la gobernadora, Fabiana Ríos en ese momento, en Tierra del Fuego. Y la gobernadora estuvo de acuerdo y entonces me pidió que me ocupara.

Y bueno, finalmente ellos viajaron a Tierra del Fuego, y se terminan casando con un decreto basado en los tratados de derechos humanos, que establece que más allá de que el Código Civil no lo permitía, tampoco lo prohibía, no me acuerdo cómo fue el esquema legal, fue un dictamen de legal y técnica del gobierno, un decreto de la gobernadora y, finalmente, terminé siendo testigo, pero lo de testigo fue el final; el armado de eso fue el primer matrimonio igualitario de Argentina, creo que de América Latina, previo a la sanción de la ley. Y después, me acuerdo que volvimos del casamiento, yo volví a mi oficina y prendí la tele y vi la cadena nacional, más o menos, de la noticia. Ahí nos dimos cuenta del impacto que había tenido.

S.M.: ¿Y eso aceleró el proceso en el Congreso?

L.G.: Sí, sin duda, y terminó saliendo ese año, creo yo, no me acuerdo en qué mes fue el casamiento, me parece que fue cerca de Navidad y después al poco tiempo salió la ley. Me acuerdo que fuimos a la sanción definitiva en el Senado, al recinto, a presenciar.

M.P.: Bueno, nos diste un pretexto para volver a invitarte a hablar de la ley de matrimonio igualitario y seguir trabajando. Te agradecemos mucho el tiempo, la disponibilidad y la amabilidad. Gracias.

L.G.: Gracias y suerte con el proyecto.

C.P.G: Y te agradecemos la ley.

L.G.: Gracias.