

Jornada de Intercambio con la Secretaría Ejecutiva de Órgano de Revisión Nacional Ley 26.657 de Salud Mental

El encuentro tuvo lugar en las instalaciones del Htal. Alejandro Korn de Melchor Romero, el jueves 13 de febrero de este año, y se dio en el marco de la reciente publicación en el Boletín Oficial del texto de la ley Provincial 14580 por la cual la Provincia de Bs. As. adhiere a la Ley Nacional de Salud Mental, que establece la protección de los derechos de los ciudadanos que padecen problemas de salud mental y garantiza el acceso a los servicios que la promueven y la protegen. La Ley provincial asume el criterio de dicho instrumento normativo en el sentido de que las políticas de salud mental contemplan también la protección de los derechos de aquellos ciudadanos con problemas en el uso de drogas legales o ilegales.

El auditorio estuvo constituido por más de 300 profesionales que desarrollan sus actividades en el campo de la Salud Mental y atención a las Adicciones, que tuvieron la oportunidad de presenciar la ponencia de María Graciela Iglesias y de Graciela Natella, Referentes del Órgano de Revisión Nacional.

Presentador: *Este encuentro tiene que ver con la Ley de Salud Mental y su aplicación. Ustedes saben que esta Ley de Salud Mental tiene vigencia en la provincia de Buenos Aires porque se sancionó una ley en esta misma provincia de adhesión¹ y se encuentran con nosotros dos integrantes del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental que es un Organismo que se crea para hacer un seguimiento de la aplicación de este soporte normativo que viene a darle fuerza a una transformación en el área de salud mental; una transformación que ha tenido vertientes diversas a lo largo de los años.*

Mucha gente de la que está acá y que vemos, son verdaderos actores heroicos de esa transformación durante 20 ó 30 años, y se celebro mucho la sanción de esta ley acá porque acompaña muchas cuestiones que antes eran vistas en términos casi utópicos.

*Vamos a dar comienzo: En la mesa se encuentra **Egidio Melia**, Director Ejecutivo del Hospital Alejandro Korn, el Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones, **Dr. Carlos Sanguinetti**, el **Dr. Pablo Garrido**, Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud de la Provincia, y la **Dra. Cecilia López Santi**, Directora del área de Salud Mental del Hospital Melchor Romero.*

Dr. Melia, Director Ejecutivo del Hospital Alejandro Korn: Buenos días a todos, gracias por venir. Quiero agradecer al Ministerio de Salud por estar presente con nosotros, al jefe de gabinete Dr. Garrido, al Dr. Sanguinetti, Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones, al Órgano de Revisión Nacional que viene a visitarnos. Este es el primer hospital que visitan en la provincia.

Les quiero contar, que nosotros venimos cumpliendo la ley desde hace muchísimos años. Todos los preceptos de la ley.

Aquí desde hace muchos años atrás, mas de 20, se cambió el modelo de atención, el modelo prestacional; de un modelo prestacional internativo asilar, se paso a un modelo comunitario.

Entonces es así como comenzamos a trabajar en el afuera estableciendo dispositivos, empezando a externar pacientes -pero externaciones sustentables-.Porque esto es lo fundamental. Trabajamos muchísimo con el Poder Judicial, con Desarrollo Humano, estamos trabajando permanentemente con la Corte.

El Ministerio de Salud nos esta dando mucho apoyo. En los últimos 3 años se nombraron 300 enfermeros, que era una de las deudas históricas que había con este hospital. Existen otras deudas, pero vamos a ir saldándolas de a poco.

Pero lo que en realidad vamos ir haciendo es cerrar el hospital.

Se está cerrando el hospital. Se está trasladando a la comunidad la mayor cantidad de pacientes posibles.

Nos faltan dispositivos en el afuera pero estamos trabajando intensamente. El Ministro de Salud, Dr. Alejandro Collia, la Ministra de Economía, la Contadora Batakis, el que habla, nos hemos juntado por tema de casa de herencias vacantes. Ya nos han otorgado una casa de herencia vacante. En los próximos días, en los próximos meses, la intensión es hacer una casa asistida. También hay que poner mucho dinero y muchos recursos en el afuera, pero también hay muchos recursos en el Estado que son ociosos.

Por ejemplo, al Dr. Sanguinetti le han dado un ex instituto de menores que estamos transformando en centro mixto de adicciones y salud mental, donde ya estamos trasladando gente. También en



¹ LEY 14.5801 - Adhiérase la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657 "Derecho a la protección de la Salud Mental". Designese al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como autoridad de aplicación - http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/index.php

Berisso, en La Plata tenemos 3 centros además de muchas casas alquiladas.

Cuando digo que es sustentable, tiene que ser sustentable la externación. En estos últimos años, lo que hemos podido hacer, lo que ha hecho muy sustentable esto es la gran cantidad de pensiones que hemos sacado; la gran cantidad de subsidios de desarrollo humano, de curaduras, es decir: yo diría que todo el Estado está trabajando para esta política de salud mental.

Quiero agradecer a todos los trabajadores del Hospital, porque cada agente hospitalario ya se transformó en un agente de externación.

No importa ya si es médico, empleado...ya todo el mundo sabe que cuando el paciente está recuperado debe externarse.

Le quiero agradecer fundamentalmente a los gremios, porque siempre existió la idea del cierre del hospital y la pérdida de los puestos de trabajo. Ya le hemos demostrado que no se pierde un puesto de trabajo, al contrario, en el afuera también se necesitan puestos de trabajo; pero les quiero agradecer porque han privilegiado la dignidad de la persona, la dignidad de ese paciente que se vaya afuera.

Quiero agradecerles nuevamente a todos y gracias por venir.

Dr. Carlos Sanguinetti, Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones: Muchísimas gracias por venir. Muchísimas gracias al Órgano de Revisión, a Graciela Natella, a Mercedes Ratagan -que nos acompañaste todo el año pasado- a mi compañero de Gabinete, Pablo Garrido, a los directores del hospital, a Aníbal Areco -flamante Director Provincial de Atención-. A todos los directores que nos acompañan.

Todos estamos en este trabajo cotidiano de implementar este cambio a partir de la nueva ley de salud mental. Para nosotros también es muy importante que esta sea la primera visita institucional a un hospital de la provincia de Buenos Aires, que sea en el marco del Hospital Melchor Romero, porque es un hospital de nuestra ciudad, un hospital que puede mostrar los años que viene trabajando, como decía Egidio en este proceso de externación.

Julio Aistein -aquí presente- también tiene el suyo en el Hospital Estévez. Hoy nos parece muy importante la visita de ustedes.

También contarles aquellas cosas que estamos haciendo nosotros. El año pasado recorrimos toda la provincia de Buenos Aires para darle forma lo que denominamos el **Consenso**² para la implementación de la ley.

Fue un trabajo que realizamos en todas las regiones sanitarias con los referentes de salud mental y adicciones sabiendo que, como dice la Ley, Salud Mental y Adicciones deben tener un mismo abordaje. Y trabajamos con los referentes de salud mental de los distritos, trabajamos con los directores de los hospitales, con los referentes de adicciones y especialmente con los secretarios de salud.

Allí sacamos conclusiones, muchas de las cuales este año son insumos que tenemos que poner ya a trabajar. Nosotros nos llevamos lo que hemos discutido varias veces con muchos de ustedes: Que los hospitales generales deben abrir las puertas para las internaciones en salud mental y adicciones.

Por supuesto, que no solamente lo que enuncia la ley nos resuelve la internación en el hospital general, porque creo que nos faltan definiciones sobre lo que es el padecimiento mental, sobre la unidad bio psico social, pero en el momento de la internación, hay una fractura brutal entre cuerpo y mente y lo sacamos del



² Consenso de la Provincia de Buenos Aires http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/consenso.pdf

hospital.

Creo que ese es el trabajo. Es un trabajo cultural, que es una cuestión ideológica del abordaje de la salud mental, que solamente con la ley no lo vamos a resolver, y que nosotros vamos a tener dificultades en la implementación de la ley si los hospitales generales no toman esto como realmente debe ser tomado: que aquél que tiene un padecimiento, un trastorno por abuso de sustancias debe ser internado en un hospital general.

También sabemos que surge el tema de la capacitación, teóricamente los profesionales no están formados para el abordaje de esta problemática, eso tiene aristas en la discusión y lo tomamos. Tenemos previsto un año de capacitación, incluso una capacitación en emergencia en niños y adolescentes. Vamos a dotar, en la medida de nuestras posibilidades, de todos los insumos de capacitación para que los hospitales generales estén en condiciones de ir resolviendo esta problemática.

Otra de las cuestiones que surge es - a partir de la caracterización del que tiene este padecimiento- la necesidad del compromiso local para resolverlo. Nosotros creemos que si el hospital general no abre las puertas, pero si esencialmente los niveles locales, los intendentes no toman esto como una necesidad para dar respuesta para ésta que es su población, porque ellos viven en ese distrito, tampoco nosotros vamos a poder resolver esta problemática.

Primero porque la ley es muy clara, pero nosotros creo que mensualmente aún tenemos internaciones de pacientes de 500 ó 600 kilómetros del lugar de destino.

Necesitamos que los intendentes, todos los niveles locales tomen esta problemática e incorporen a su sistema prestacional casas de medio día, casas supervisadas, todo lo que la ley prevé para poder asistir a los pacientes.

En ese sentido creemos que hay medidas que van a poder ordenar esto. Una de las primeras es la regionalización de la internación. Pensamos, y esto está a la firma de nuestro ministro, comenzar por este hospital, las internaciones deben ser regionalizadas; este hospital debe recibir población de la región sanitaria XI- que amerite que vengan a un hospital de la complejidad del Melchor Romero-, el resto debe ser contenido en los hospitales locales.

Creemos que la regionalización va a ser muy importante, tenemos que seguir trabajando sobre lo que son los dispositivos de salud mental y adicciones. Son servicios integrados.

Arrancamos con una experiencia en el CPA de Berisso donde se conjuga la experiencia de nuestros trabajadores en el territorio con la experiencia de los trabajadores del hospital en el abordaje de la problemática. O sea que conjugo los saberes de lo que es un monovalente con lo que es un trabajo en el territorio.

El trabajo que se está haciendo en este CPA de Berisso es fenomenal. Como decía Egidio, tenemos la casa que nos dio niñez en City Bell, que nos va a permitir no solamente tener un servicio integrado sino también tener dispositivos de internaciones abreviadas, pero no se si la palabra es internaciones.

Va a tener algunas camas para alguna población que tenemos que ir definiendo, pero que hoy son una necesidad al menos por períodos cortos.

Seguimos trabajando fuertemente en la red de salud mental y adicciones en la región XI. Este es el trabajo que nos espera en el conjunto de la provincia de Buenos Aires. Esto es mas o menos una síntesis de lo que hemos recibido en el trabajo realizado el año pasado, lo que pensamos hacer. No se si decir difícil, porque son muchas las cuestiones que debemos ir resolviendo y mucho mas ahora con la sanción de la ley en nuestra provincia.

Esto es una cuestión que trasciende a las definiciones y trasciende a la ley. Esto requiere militancia y compromiso. Creo que en la medida que cada uno



de nosotros militemos la implementación de la ley, nos comprometamos con lo que pensamos que tiene que ser la salud pública, mas que la salud mental estaremos cumpliendo con el objetivo que nos convocó a la función. Muchas gracias.

Pablo Garrido, Jefe de Gabinete, Ministerio de Salud:- Buenos días a todos y a todas. Les traigo el saludo del señor ministro de la provincia de Bs. As, el Dr. Alejandro Collia, quién tenía pensado estar presente en esta apertura, pero la agenda del ministro se hace muy tirana y veces modifica sus compromisos por otros.

Realmente una sorpresa muy agradable ver este salón, que pensamos que iba a estar un poco mas fresco, porque iba a ver mucha menos gente. Es maravilloso ver a esta gente parada, estos chicos jóvenes que demuestran la avidez, estamos en mitad de febrero con una humedad del 70% , un poco apretados, pero demuestra esto la avidez que tenemos por trabajar, por seguir participando por estos cambios que la sociedad nos demanda.

Yo quiero agradecer puntualmente a la Dra. María Graciela Iglesias, Dra. Natella, Dr. Carlos Torres de la curadoría de la provincia, amigo personal mío, y a todos los demás curadores que están presentes. Al Director de Salud Mental, Aníbal Areco, Egidio que siempre estas como abanderado en todas estas movidas, poniendo tu hospital. Cada vez que vengo a tu hospital veo que sos un intendente porque esto es una ciudad, un territorio que tenes para conducir realmente es desgastante y lo haces muy bien y te quiero felicitar y agradecer por lo que haces todos los días porque esto es militancia desde la salud. Carlos Sanguinetti, la Dra. Cecilia López Santi, Julio Einstein, decíamos con Julio que pensábamos que veníamos a una mesa de trabajo, algo más sencillo y ver esta movida entusiasmo mucho y entusiasmo mucho tener una ley.

Se vienen produciendo cambios en la provincia de Buenos Aires en relación a la salud mental, a la modificación de la mirada hacia el paciente y hacia su tratamiento, hoy tenemos una ley plasmada, escrita, comprometida, una ley de provincia que adhiere a ese nuevo paradigma.

Hemos roto un paradigma, hemos dado una vuelta de página de la historia con el esfuerzo de todos los trabajadores del equipo de salud, de la comunidad, de los familiares de los pacientes, de los que nos acompañaron y fundamentalmente de nuestras autoridades: La Presidenta de la Nación, nuestro señor gobernador que acompaña esta movida y creo que esto es una muestra mas de poder garantizar que esto es una década ganada.

Porque los derechos se siguen ejerciendo, porque no tenemos un límite, no hay un techo, y seguramente luego de un tiempo, como parte de esta revisión, tendrá que tener alguna modificatoria la ley. En terreno veremos que hay que pulir, que agregar y que sacar.

Pero tenemos un motor, un parámetro que nos permite observarnos a nosotros mismos en nuestro accionar. Lo que no se puede medir, no se puede controlar ni modificar. Esta ley, el cumplimiento de esta ley nacional y de ley provincial que adhiere a la nacional nos va a permitir eso: medir y tener un espejo hasta donde estamos alcanzando los objetivos propuestos hasta que llegemos al objetivo final.

Sabemos que en países desarrollados como Italia esta modificación llevó décadas pero lo lograron y hoy tiene un nuevo tratamiento del paciente que padece una afección mental. Argentina está en ese camino y como siempre desde los últimos 10 ó 12 años a la vanguardia de los cambios que la comunidad esta pidiendo. Me siento muy orgulloso de participar en este equipo de salud, me siento muy orgulloso de compartir con ustedes esta jornada. Los felicito, me encanta ver esta gente joven.

A los que tenemos más de 5 ó 6 décadas los felicito también y me siento orgulloso de participar con ustedes. Realmente estimula muchísimo ver tanta gente joven, insisto en pleno febrero que muchos podrían estar pensando en las



vacaciones, quién me reemplaza, dónde voy, dónde vengo, están acá trabajando para quienes mas lo necesitan, ejerciendo y defendiendo los derechos de los que mas lo necesitan. Muchas gracias y que tengamos una linda jornada.

Dra. María Graciela Iglesias, Referente del Órgano de Revisión Nacional: Quiero agradecer a las autoridades por haberme invitado. En mi caso particular, estar en la provincia Buenos Aires tiene un significado especial porque hace apenas unos meses he dejado de tener jurisdicción en la provincia, muy vinculada con lo que ha sido todo este proceso en la reforma de salud mental provincial.

Nosotros venimos a presentar este comienzo de trabajo que es un desafío enorme, un desafío de una gran construcción. No quiero dejar de decir que de lo que escuchaba de las autoridades, se veía el compromiso desde un aspecto sanitario en relación a la implementación de la ley nacional de salud mental y esta reciente adhesión provincial.

Pero también, conjuntamente, hay una reforma en lo que tiene que ver con el paradigma de derecho y la intervención judicial, y los roles de cada uno de los funcionarios; porque ha habido un desplazamiento en nuestras intervenciones respecto a los derechos inalienables de las personas que hoy están ubicados no solamente en la ley de salud mental, sino que hay una convención de los derechos de las personas con discapacidad que tiene media sanción; su inclusión en el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional, o sea con jerarquía constitucional, que establece la capacidad jurídica para todas las personas con discapacidad en un mismo pie de igualdad con los demás y que trae la figura de los apoyos para poder tener manifestación de esa capacidad jurídica. Y por encima de lo que es la convención, como norma supra legal, está el paradigma de derechos humanos que los pactos y tratados que este país ha rectificado, imponen como modificación al derecho interno.

Es decir, esta es una propuesta en que el derecho constitucional y el derecho internacional no son simplemente una enunciación de normas, sino que son operativas y que son de aplicación, e impactan.

Están impactando en el derecho interno y esto se visualiza con la reforma al Código Civil en lo que creo que muchas personas hemos intervenido de una manera u otra; donde ha habido una apertura muy grande para establecer justamente un compromiso que el país ha tomado respecto a la capacidad jurídica de las personas.

No es únicamente una reforma que se impone desde el ámbito sanitario, sino que es una reforma que está entrecruzada especialmente con los derechos de las personas. Nosotros como Órgano de Revisión Nacional, tenemos una dura tarea. Para poder compartir con ustedes trajimos algo muy nuestro; muy interno que es el primer Power Point que hicimos cuando muchos estábamos en la pregunta de hacía dónde íbamos y cómo íbamos, porque esto es fundacional; es una construcción sobre un modelo que todavía no ha cambiado, que hay mojonos incipientes de cambio pero que todavía no ha cambiado.

No ha cambiado ni en el ámbito del Derecho, porque todavía las personas siguen siendo insanas, incapaces e inhabilitados, y todavía se mantienen las internaciones y tampoco se ha modificado desde lo que nosotros estamos ahora supervisando, fiscalizando, que es la función que tiene el Órgano de Revisión. En los distintos lugares que nos ha tocado.

Por ejemplo, la primera intervención que hemos tenido oficialmente fue la provincia de Buenos Aires; y agradezco al Dr. Carlos Sanguinetti, porque el órgano de revisión tiene una intervención facultativa en lo que es el territorio nacional. Esto quiere decir: respetando siempre el orden federal de gobierno.



Por lo tanto, la comunicación es con las autoridades locales y la intervención del órgano de siempre de acompañamiento, y de una intervención cuando no existe órgano de revisión local. Creo que esto en la Ley 14.580 va a tener que analizarse respecto a la creación de un órgano de revisión intersectorial, interdisciplinario y que ejerza las funciones de monitoreo de manera independiente como lo establece la OMS y como debe de corresponderse cuando uno adhiere a una Ley Nacional que es de orden público.

Porque si es de orden público quiere decir que no es disponible para el resto del país en cuanto al contenido de la ley, lo sabemos los abogados -con la LEY 23.061, o la Ley de Fertilización Asistida, o la Ley de Derechos de los Pacientes- todas normas de orden público que imponen entonces que la adhesión sea con el piso de la ley, pero nunca menoscabando a la ley en la creación de los órganos, ni postulados de Derechos.

Como les decía, nuestra intervención fue en el inicio en la provincia de Buenos Aires. Aquí están algunas de las personas que nos acompañaron desde el Ministerio de Salud, se comunicó a la Defensoría General, al fiscal que estaba interviniendo en la causa, para comunicar que el Órgano iba a realizar una intervención específicamente.

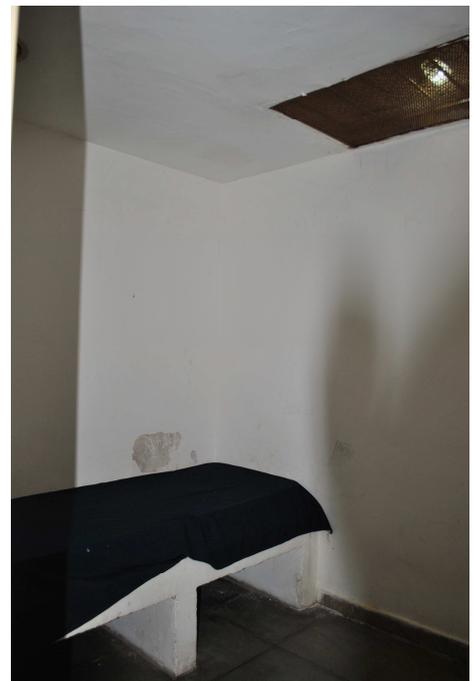
La verdad, cuando llegamos, nos pareció que estábamos en Noruega por decirlo, Suiza, como países desarrollados y garantizando los derechos en salud mental que han sido como señeros. El alojamiento podríamos decir que era cinco estrellas, hasta había animalitos que estaban pastando.

Era un lugar precioso.

Hasta que ingresamos, con anuencia de los directivos, y la Dra. Natella en su vasta experiencia visualiza un lugar que no se correspondía con el brillo, la limpieza y las condiciones que tenía el lugar y cuando ingresamos se trataba de una celda de aislamiento que tenía una réplica exacta de lo que es una cárcel en una unidad penitenciaria.

Las celdas de aislamiento están absolutamente prohibidas en el orden jurídico y creo que un defensor que concurra a uno de estos lugares, un curador, un juez, de ninguna manera, a pesar de las circunstancias, puede naturalizar que las celdas de castigo sigan existiendo. Nosotros comprendemos que a veces un defensor tiene 200 causas pero lo que sí es importante es que desde el orden de derecho no puede tolerarse en el 2014, y con la política de Estado que está establecida, que las celdas de aislamiento no causen una situación de gravamen irreparable que indique que la actividad judicial tenga que ser activa, y solicitar la fiscalización de quien corresponde, que no habilite estos lugares y solicitar la inmediata clausura.

Nuestra intervención dio cuenta de la primera clausura de una celda de aislamiento; ya ahora estamos solicitando y articulando con las autoridades locales para comprobar que esto efectivamente no sea una medida transitoria, sino que sea una medida definitiva. La Convención contra la Tortura y el informe de relator que ha hecho respecto de esta convención, especialmente lo



establece. Lo mismo la Comisión de Derechos Humanos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos después del caso Jiménez López, tanto en razón de que no pueden estar alojadas personas, niños o adolescentes con adultos en ningún lugar y no hay hotelería de una clínica u hospital que pueda justificar esta situación.

La garantía de derechos en materia de salud es exactamente igual en el ámbito privado que en el ámbito público, con más responsabilidad en lo público quizás. Pero de ninguna manera se puede admitir que la empresa regule la garantía de derechos de lo que sucede dentro de los recintos privados, con lo cual esto es muy arduo.

Nosotros tenemos dos ejes muy grandes: uno de derecho y otro de fiscalización sanitaria. Hay un ámbito local, porque en la ciudad de Buenos Aires el Órgano de Revisión Nacional interviene de manera subsidiaria. La Justicia de la ciudad de Buenos Aires no tiene autonomía; siguen siendo los jueces nacionales los que dirimen las cuestiones que son materia de determinación de capacidad jurídica o internación, por lo tanto el decreto reglamentario establece una intervención del Órgano Nacional de manera subsidiaria, diferente en ámbito nacional, que es facultativa.

Nosotros establecimos entonces un programa de trabajo en los primeros seis meses, porque en realidad recién ha sido aprobado y se publicó en el boletín oficial el Plan Nacional de Salud Mental que trae la reducción de camas y establece tiempos en la sustitución manicomial al 2015, al 2017 y al 2020, respecto de la efectiva sustitución; y esto también marca entonces un modelo de actuación para el Órgano de Revisión. Nosotros en estos primeros seis meses, entonces, hacemos un monitoreo de cinco instituciones dentro de la ciudad de Buenos Aires. Esas instituciones son dos monovalentes, no todos los servicios. Se han seleccionado monovalentes de la ciudad de Buenos Aires, una comunidad terapéutica, un lugar de atención de salud mental de niños, una clínica privada, y también teniendo en cuenta que los adultos mayores integran este colectivo excluido y olvidado, y en el que estamos ya en ciernes con la Convención de los Derechos de los Adultos Mayores, también con un geriátrico.

El Órgano de Revisión tiene una intervención continua en lo que es la violación flagrante de un derecho humano. Es difícil establecer este parámetro, porque en realidad todas son violaciones de derechos cuando están conculcados los derechos establecidos en el artículo 7 de la Ley Nacional de Salud Mental.

Cuando están conculcado, por ejemplo, lo que es el consentimiento informado. La habilidad que hay, por ejemplo con el consentimiento informado, -tomándolo como un papel voluntario que se firma a gusto y piacere de la institución a la que ingresa sin respetar que es un proceso continuo- es que es un proceso que impone a un representante, a la persona como protagonista de ese consentimiento y al profesional tratante desde que ingresa hasta que sale.

Entonces, de golpe nos encontramos con que las internaciones "son con riesgo cierto y eminente" "son todas voluntarias" y no ha habido control de legalidad de esa situación; y muy sueltos de cuerpo las personas que dirigen determinada institución dicen: "Nosotros no tenemos involuntarios. Nosotros tenemos todos voluntarios", Pero y cuando vemos la historia clínica que no está evolucionada, que no tiene la intervención de los dos ejes que convalidan esa eventual internación, nos damos cuenta que todos ingresan de ese modo.

Se pone en la historia: "Riesgo cierto e inminente" para cumplir con la ley, y con riesgo para sí y para terceros. "Y ahora por esto de la ley", así se expresan: "Nosotros actuamos en favor de la ley, nosotros actuamos como dice la ley"; "Por esto de la ley ahora no podemos seguir atendiendo adentro, entonces, estamos trabajando con una obra social muy importante para crear dispositivos por fuera". Por ejemplo en el parque del mismo lugar, con la misma lógica, la misma vulneración.

De eso se trata: hay una parte que es de promoción, de implementación de la ley y otra que es de monitoreo intenso. Ese monitoreo tiene una fiscalización en lo que es la intervención de derecho en relación a los funcionarios que intervienen; pero más que a los funcionarios -porque es muy feo decir así porque parece policíaco-.

En realidad lo que nosotros queremos no es eso, sino es poder promocionar, instalar y colaborar con la Justicia en todo aquello que corresponda, como órgano de revisión nacional, a la

instalación de un paradigma de capacidad jurídica, y que no tengamos tantos problemas para poder determinar un 152 ter que impone la ley, en cuanto a aquellos actos que las personas pueden realizar con apoyo.

También poder visualizar que es un apoyo en la construcción de derechos. Un apoyo no es simplemente un descanso, sostén o alguien que finalmente termina decidiendo. Entonces es un curador maquillado, hace a las veces de un curador, sino que un apoyo es un eje de derecho que cataliza la posibilidad de manifestación de la capacidad jurídica de una persona.

Cuando ésta no puede, y sin eufemismos, y requiere de una situación de representación que tenga el acto de representación por quien corresponda, sin que por eso salga del tejido lo que es la capacidad jurídica y el protagonismo de esa propia persona. Esto está en el inciso L del artículo 40 de la 26.657, y este es un trabajo específico y responsable que el órgano nacional pretende hacer con las provincias, con las autoridades judiciales provinciales y dentro de lo que es la ciudad de Buenos Aires, con los camaristas, con superiores tribunales, con los defensores, no desde esta cosa de la sanción, sino desde que todos estamos construyendo un nuevo paradigma.

Si luego seguimos vulnerando dentro de un acto voluntario -para los que somos abogados es decir con intención, discernimiento y libertad- sabemos que somos pasibles entonces de una situación no cómoda para nadie. Pero primero hay que trabajar y yo creo que estamos en una época donde ya la declamación viene como agotándose y es necesario que tomemos un caso y veamos por ejemplo a una persona y ver qué es lo que requiere.

El otro día nos sucedió. En el Órgano de Revisión estábamos interviniendo todos los efectores, algunos componiendo el plenario -Ustedes saben que nosotros representamos al área ejecutiva pero el plenario se compone por sectores: tres sectores gubernamentales y 3 sectores de la sociedad civil y ongs- y estábamos interviniendo dos sin articular; y esta historia uno la conoce de toda una vida de justicia.

La misma gente pasa del hospital a la defensoría, de la defensoría a la procuraduría, de ahí al juzgado, de ahí al tribunal, y la calesita se sigue moviendo y la verdad es que los recursos no se encuentran y entonces lo primero que determinamos es qué es lo que necesita esta persona que hace ocho años que está en un monovalente, como para que sea posible el derecho, el ejercicio de su externación y en qué condiciones.

Porque esto es la externación sustentable de la que hablaba el director del Hospital, pero también partiendo de este valor: que las personas no hemos ninguno nacido para morir en hospital.

El Órgano de Revisión tiene funciones estrictamente operativas, funciones político institucionales que es la función político institucional con cada una de las áreas. Acá, en esta resolución que se dictó a través de la Secretaría Ejecutiva, con el primer caso de la provincia de Buenos Aires, se trata de articular institucionalmente y políticamente con los efectores que tienen la responsabilidad de la garantía, tanto sanitaria como de derecho, independientemente del caso particular.

Dentro de las funciones político institucionales ustedes saben que el órgano de revisión tiene la legitimación como para luego de un caminar que estamos recién empezando, recomendar y tiene legitimación legislativa. Es decir como para promover por ejemplo la construcción de los apoyos, tanto que hablamos de los apoyos.

Hay que definir qué es un apoyo y cuando se habla, a ver de qué estamos hablando para no repetir modalidades que vienen desde hace 200 años. En la función de monitoreo, el fundamento legal, la declaración de Caracas, los 21 Principios, la Convención de los Derechos Humanos, todos los pactos que ha



ratificado este país, Consenso de Panamá, que es el que establece el fin los hospitales monovalentes, los hospitales psiquiátricos para el 2020, el consenso de Buenos Aires que ha ubicado -Graciela Natella ha sido artífice de este consenso de Buenos Aires-, en la creación de una red latinoamericana de usuarios y familiares dentro del órgano de revisión están los usuarios y familiares con voz y con voto.

Graciela Natella: Una aclaración: estamos hablando del Consenso de Buenos Aires y no de el Consenso de la Provincia de Buenos Aires. El Consenso de Buenos Aires, en el año 2011 se realizó con una Red Latinoamericana de Familiares y Usuarios, luego vino el Consenso de la Provincia de Buenos Aires que ustedes han sido los artífices.

María Graciela Iglesias: El Plan Nacional de Salud Mental. Ustedes saben que recientemente ha sido publicado en el Boletín Oficial y habrá que trabajar y luchar mucho para que sea una realidad. Es la aspiración que tiene el Órgano de Revisión: No es monitorear sobre un modelo que tiene que cambiar, sino monitorear lo que se está implementando. Por que el fin que tiene el Órgano de Revisión es crear una herramienta que valore y evalúe la implementación de la ley en términos efectivos y concretos.

El ámbito de aplicación: Porque en todo esto que hablamos y en todo lo que escuchamos, uno se pregunta: ¿cómo hacer para ser veraz, para no ser grandilocuente? Por eso empezamos por cinco instituciones que den un muestreo de la situación y tomar todos los casos flagrantes. La secretaría de Derechos Humanos está colaborando en la derivación del artículo 24, para los que no son abogados y 21, es la internación involuntaria que se tiene que comunicar al Órgano de Revisión, y cuando excede el plazo de los 90 días, que también hay que comunicar al Órgano de Revisión.

Nosotros somos pocas personas las que estamos trabajando, entonces no es posible abarcar esa evaluación en este momento, en este tiempo, y se ha solicitado -y como están dentro del plenario, conforman el Órgano de Revisión-, que estas evoluciones, salvo una situación indicada por el Órgano de Revisión, se sigan haciendo con los equipos *con los* que se venía trabajando, porque la gente ya venía trabajando y haciendo de órganos de revisión, ad hoc podríamos decir, en la Secretaría de Derechos Humanos.

Entonces tuvimos que definir, ¿cuál iba a ser la intervención del órgano en relación a los adultos mayores? Porque cuando abramos los geriátricos, en el sentido del derecho y en el sentido sanitario, va a ser muy bravo.

Todos lo sabemos, pero hay que empezar.

Empezamos por uno como para poder replicar en el resto y los colegas seguramente, cada uno desde su lugar, lo harán en el caso a caso y eso es también lo que construye a la política.

Como en las comunidades terapéuticas, todos conocemos las dificultades, los problemas y las enunciaciones que son maravillosas y que ojalá todos encontremos el cause para que sea una realidad que las personas que tienen un uso problemático de sustancias tengan los mismos derechos y garantías, en un mismo pie de igualdad con los demás. En lo que ha sido mi experiencia como magistrado, la verdad es que no he podido dar respuesta a esto. Siempre sentía que no llegábamos, que llegábamos tarde.

Que sea un cambio rotundo en la provincia y que las personas con uso problemático de sustancias no se las vincule exclusivamente al delito, o como ahora se le quieran hacer tribunales específicos para que entonces aquel que delinque tenga derecho a la atención y el que no, se ve excluido de esta misma garantía.

Así que como hay muchos, muchos problemas, nosotros vamos a trabajar, en lo que son las comunidades terapéuticas, el abordaje en relación a lo que es la implementación de la ley. Como les dije hay un ámbito local y un ámbito nacional. En el ámbito nacional, siempre va a ser más de promoción, de trabajo conjunto, de un trabajo político institucional, de conveniar con distintos actores: por ejemplo con el Chaco.

El señor procurador del Chaco ha solicitado al Órgano de Revisión firmar un convenio para por un lado realizar una capacitación, y por otro lado un acompañamiento del Órgano de Revisión, en la formulación del Órgano de Revisión del Chaco.

Con Mendoza estamos trabajando en el mismo sentido. Cada región conoce sus actores, las posibilidades de los actores. En el ámbito nacional ha sido radicado en la defensa, en el ministerio público. En el ámbito de las provincias de acuerdo a la idiosincrasia de cada provincia. Algunos no tienen el recurso económico para poder implementar un Órgano de Revisión y entonces, lo que nosotros estamos acompañando con ese documento de pautas mínimas es decir bueno: normativamente, lo que no se puede, es estar sin ningún marco legal.

El marco legal es siempre la 26.657, se podrán dar casos como en el de la provincia que ha adherido, en otro podrán tener su propia ley, en otros pueden tener una ley que creen un Órgano de Revisión en atención concordante con la 26.657 y en otros, con un convenio con el Órgano de Revisión Nacional podrán tener unas mesas de trabajo que estén situadas en aquellos lugares donde sean propicios para la región.

No es lo mismo Catamarca que Tierra del Fuego y no es lo mismo Entre Ríos -que fue la primera provincia que adhirió- a Mendoza, y esa circunstancia nosotros la tenemos que tener en cuenta.

A mí me gustaría que Graciela pudiera hablar de lo que para nosotros, como Órgano de Revisión, es la política de externación. Porque uno de los argumentos de no aplicación a la ley era que externar era para dejar abandonado. Los pacientes sociales y qué hacemos y cómo y de qué manera. Entonces uno se encuentra con personas que están trabajando toda una vida en un hospital con las características que puede tener este y que lo ha hecho desde un compromiso absolutamente de entrega con sus pacientes, y entonces sentir que ahora viene un paradigma que desconoce todo ese trabajo, es un insulto a la dedicación que esas personas han tenido.

Simplemente el eje de derechos se ha movilizó y que los dispositivos tienen que existir, todos utilizamos la red no? Muy bien a veces no sabemos que pasa en la red, pero lo cierto es que para que una persona tenga derecho a la externación y a sus derechos hay que garantizarle que pueda. Y para poder lo primero es poder comer, lo segundo es tener un alimento, tener quien acompañe, quien pueda mitigar aquellas cuestiones cuando por ahí se avecina una crisis y qué se hace en esa crisis y dónde se acude. Es decir no se hace de cualquier manera, no se puede hablar de externación como número de personas que se sacan de un lugar para que entonces vayan a la comunidad y la comunidad no tenga las armas para sostenerlas y sea peor el remedio que la enfermedad. Este es nuestro trabajo, difícil pero por lo menos vamos a intentar abrir los portales que sean necesarios.

Graciela Natella, Referente del Órgano de Revisión Nacional: Bueno pensé que seguías vos, que podrías haber seguido, porque esta parte te sale bárbaro. No estamos transformando, yo estoy aprendiendo mucha jurisprudencia, abogacía y ella es la psiquiatra también (Risas).

Ustedes saben que la base de todo este trabajo es compartir y socializar -decimos ya desde hace mucho tiempo- los conocimientos y esto del equipo interdisciplinario es esto. No es una suma de personas con distintas disciplinas, sino que cada uno pueda conocer, entender, asumir otros conocimientos y también ponerlos en acción.

Por supuesto cuando es necesario está el especialista, pero sabemos que nunca vamos a poder tener, si hablamos de la realidad, estos equipos interdisciplinarios donde hay 20 personas en todos los lugares: psiquiatra, un psicólogo, un abogado, un arquitecto, un músico terapeuta... ojalá fuera así. Eso es un objetivo,



pero hoy por hoy la realidad los que somos, por supuesto tenemos que crecer, como se decía como ejemplo en la provincia en este hospital, pero también tenemos que ir compartiendo nuestros saberes, ofertándolos.

Las incumbencias no son chalecos, son experticias. Entonces tenemos que brindarlas, es un principio fundamental. Ustedes saben que todo este trabajo, sobre todo, está basado en principios y valores, este trabajo de cambio. Yo les quiero agradecer mucho, estoy muy contenta que este sea el primer hospital. Con muchos de ustedes venimos trabajando desde hace mucho y eso es bueno porque uno va sabiendo que acá hay toda una fuerza de gestión y voluntad. La verdad es que escuchar autoridades políticas, político técnicas y técnicas, que están diciendo estas cosas que son realmente la base de un nuevo paradigma. El director de este hospital que habla de cierre es algo bastante inédito de pensar hace varios años atrás.

El Dr. Sanguinetti habla de apertura porque justamente nosotros sabemos que sin apertura el cierre sería esta externación a la nada, a la calle, al abandono. Es muy importante hablar de estas externaciones sustentables, es muy importante de que todo cambio tiene que ser superador para las personas de donde vienen. El dónde van tiene que ser un escalón superior, tiene que ser dignidad, tiene que ser apoyo y entonces no puede ser a la nada. Esto que nosotros hablamos permanente. Bueno si se cerraron, sacamos gente de los hospitales y la pregunta es ¿dónde están?

Los sacamos y tenemos ese potencial libre de dinero como para generar la sustitución, dispositivos, acompañamientos, apoyos, para generar toda esta apertura en los hospitales generales y para generar sobre esta formación diferente que necesitamos todos. Eso no significa que no sepamos mucho de muchas cosas, pero también necesitamos seguir compartiendo estos saberes. Muchas veces yo escucho que para tantos pacientes hay que realizar otra cantidad de casas de medio camino. Me alarma escuchar esto porque si pensamos así vamos a necesitar edificios de medio camino porque si vamos a pensar que si para sacar personas vamos a tener que hacerles otras casas con otras estructuras sanitarias y jurídicas... No solamente que desde la realidad en cuanto a finanzas no es posible, sino que tampoco es el sentido que una persona de transinstitucionalice: es decir pasé de una institución a otra por más que esta otra sea mejor que la anterior.

El trasfondo de todo esto es, como ustedes saben, que las personas vayan a la autonomía posible. Obviamente todos ya venimos de muchos años de trabajo; sabemos que hay personas que han perdido muchísima potencia humana. Entonces sus apoyos para el afuera tendrán que ser máximos, tendrán que ser muchos. Entonces ahí se verán los dispositivos de vivienda, de trabajo, acompañantes, todo lo que necesita una persona luego de 30 años de internación o más con problemática severas. Personas que han perdido capacidades, además de su propio problema o enfermedad.

La cosa no es esto de la transinstitucionalización, sino que es también que el recurso humano puedan encontrar, los trabajadores, este lugar en el mundo para cada persona. Esto sí que es un caso a caso. No hay protocolos que digan cómo va a ser su destino, sino que se tiene que construir con la propia construcción del usuario y sus vínculos familiares o sociales en general.

Digo esto porque acá se tomaron palabras muy importantes que nosotros las tomamos muy en serio en esta mesa de apertura. Se habló también de territorialización, de regionalización: es que esto que parece algo relativamente nuevo, hace un par de años que se esta hablando de estas ideas.

Esto es el paradigma de la salud mental comunitaria, de la inserción de las personas en su propio medio. No hay salud mental comunitaria si no hay territorialización, no hay posibilidad de que una persona sostenga vínculos, porque siempre peligran los vínculos de todos, pero de una persona con trastornos mentales más. Entonces si a esa persona la trasladamos 100, 200, 300, 1000 ó 50 kilómetros...

Todo este principio de la Atención Primaria también se basa en eso. Ustedes saben que el acceso, la accesibilidad, que es una de las consignas primarias de la atención, está ligada a la cercanía del recurso de atención. De ahí la atención del centro de salud, la atención oportuna, cercana, accesible, culturalmente cercana a la persona, porque una persona de Chaco que está en Buenos Aires o de Jujuy, no tienen nada que ver culturalmente con este paisaje urbano. Creo

que esta consigna de la territorialización, no solo es una necesidad de este momento para hacer un plan de trabajo sustentable, porque si nosotros tenemos una población de 100 no podemos trabajar para 500, sale mal, los números no dan.

Además de esto, no solamente por recurso humano sino económico, es porque la persona tiene el primer derecho de no ser exiliada por un problema, por una enfermedad, por un problema mental, porque esto es un exilio y en vez de estar cerca de lo que me da identidad... Cuando en realidad, una crisis supone pérdida transitoria de identidad en muchos casos. Y si nosotras mandamos a la persona a un lugar ajeno, lejano de donde está la familia, los vínculos no van a poder estar devolviendo identidad. El trabajo precario, muchas veces, que las personas tienen y por ser trasladadas lo pierden inmediatamente. Todo lo que después vamos a trabajar durante 20 años para componer, son situaciones que debemos analizar.

Hace muchos años una persona muy sabia me dijo cuando hablamos de por qué somos psiquiatras, algunos no lo pueden entender. Algunos piensan que un psiquiatra o psicólogo tiene salud mental. Me dijo: "Uno se acerca a lo que tiene que aprender, no a lo que sabe". Esto de la salud mental debe tener bastante de esta perspectiva; hay muchas cosas que tenemos que aprender en salud mental porque no tienen nada que ver con el sentido común. ¿Cómo vamos a una persona a llevarla a 1000 Km. para que recupere su identidad? Pregunto. Todo esto para decirles que es un placer haber escuchado esta mesa inicial y vamos a tomarla como un avance para volver por estos dichos tan pertinentes, tan del nuevo paradigma como se diría y es un desafío que se profundice y se avance y podamos estos dichos hacerlos juntos.

Nosotros estamos al servicio, por eso ocupamos este lugar, casi ya al tiempo de nuestras jubilaciones, tanto la doctora como yo aunque no parecemos tenemos unos treinta y pico de servicio, y en mi caso 31 de psiquiatra y hace 30 me dedico al trabajo de la desmanicomialización y todo lo que voy a decir tiene que ver con algo hecho, con una experiencia que puede ser más o menos aceptada, perfectible, pero ha sido mi historia de vida.

Esto que estaba diciendo la doctora Iglesias, que estaba contando también, por eso me dio pena que dejara. La promoción de externación gradual, progresiva hasta el 2020 porque 2020 es el Consenso de Panamá, "una sociedad sin manicomios", un pacto de países lo ha dicho. Tiene que ser sustentable y tiene que ser con esta red, que es una palabra gastada porque a veces tanta red pero muy poca ligazón entre los actores de las redes. Las personas tienen que ir hacia esto que llamamos red de salud mental con base en la comunidad, servicios comunitarios de atención, modalidad comunitaria de abordaje o como ustedes prefieran llamarlo en sus localidades pero que supone una diversidad de servicios para la complejidad que tenemos las personas. Ustedes saben que la persona se externa que todas estas funciones que cumple el hospital psiquiátrico sean asistidas, promovidas, acompañadas desde el afuera. Muchas veces muy poca gente se quiere ir de los psiquiátricos, con razón. ¿Qué le ofertamos en el afuera? Si no le ofertamos nada, y miren que hace 30 años me dedico a la desmanicomialización.

Respeto mucho a quienes están al frente de instituciones que son muy difíciles de soportar para todos, para los trabajadores, usuarios. Las instituciones son bastante difíciles de soportar pero más un hospital psiquiátrico con todas las funciones que desarrolla, muchas que verdaderamente son una trasgresión, porque ustedes saben que un hospital no puede tener la función de vivienda. Eso del contrato social, desde hace muchos años, está dicho que los seres humanos tenemos derecho a tener un lugar para el ocio, un lugar para el trabajo, y un lugar para la vivienda. Estamos transgrediendo. Que un ser humano viva en hospital es una trasgresión. Esa función que cumple el hospital psiquiátrico es un contradicto y por lo tanto es muy difícil estar en una institución que contradice derechos esenciales; pero es cierto que esas personas no tienen otro lugar.

Pero fíjense entonces estas encerronas y estas contradicciones tan grandes que tenemos y aquellos



que están frente a estos lugares tan difíciles de soportar, desarrollando funciones que no debieran, porque es fácil hablar desde los escritorios, desde otros lugares que no se ve esta indignidad diariamente. Entonces solamente, yo creo, uno tiene derecho hablar cuando puede estar construyendo un sistema superador para que las personas no vayan al abandono o no se mueran en un lugar donde no tienen donde vivir. Esto es para decir que la externación tiene que ser con estas condiciones de superación.

La política institucional, esto tiene que ver con las funciones nuestras porque: Graciela recién decía la dimensión promocional que nosotros incluimos en nuestro trabajo del órgano de revisión. Porque si nuestra función es sólo de monitoreo hoy por hoy verdaderamente tendríamos que estar permanentemente detectando solamente las violaciones, las reglas, las grandes transgresiones en casi todos los lugares, no voy a decir todos por respeto, pero en casi todos los lugares. Entonces además de la dimensión del monitoreo que es necesaria que da fuerza a la ley, también tenemos que acompañar con la promoción.

Con respecto a esto de las violaciones, cuando Graciela decía que fuimos a ver cinco instituciones, a partir de este plan de acción que decidió el plenario compuesto por múltiples actores; además todas las situaciones de violación flagrante llegan al Órgano de Revisión, cada día más. Entonces si un niño de 5 años internado en una clínica en una habitación de adultos, una persona que se ha muerto sospechosamente en un lugar llena de golpes y que nadie sabe bien el motivo, un señor que está dado de alta de un hospital psiquiátrico de la capital desde hace 5 años y un montón de actores e instituciones están viendo dónde y cómo debe vivir ahora pero sigue en el hospital... En realidad son representantes de otros muchos casos porque representan muchísimas otras personas que están en hospitales por problemas sociales. Todas esas son violaciones.

En todos esos lugares estamos interviniendo, llenos de causas de insanía.

Cuando fue la reforma del código civil: con seguir hablando de insanos. Cuando en realidad la convención habla de la capacidad de todas las personas con un sistema de apoyo. Por eso es tan importante esto. No solo los abogados, sino también los grandes teóricos de la salud mental hablan de esto. Hablan en realidad de que las expectativas positivas sobre las personas, la validación sobre sus capacidades es lo que crea evolución; que cada vez está revisando lo que es la evolución, lo que antes nosotros estudiábamos en los manuales de psiquiatría, la evolución entre la crisis y el devenir de la persona está mediada por un artefacto social que somos nosotros.

Esta convocatoria a que cada localidad tenga su propio Órgano de Revisión, y entonces tenemos pensado una gran convocatoria nacional, para justamente pensar estas temáticas en conjunto. Porque ustedes saben que es muy importante compartir las experiencias propias.

La inclusión social: vale hablar de externación cuando no tenemos toda esta red, tiene que ser algo concomitante. Los programas de externación sustentable son porque hay otras alternativas sustitutivas en el afuera.

Cuando hablamos de monitoreo que yo coordino es un equipo interdisciplinario. La idea es constituirnos, hacernos presentes en las instituciones y poder relevar desde lo que es las condiciones estructurales de cada institución, las condiciones de tratamiento, las modalidades de abordaje, y por supuesto el artículo 7 de la ley, los derechos de las personas que están allí que están vigentes y respetados.

Es una síntesis, en donde nuestra función, tiene mas que ver con lo macro estructural con lo institucional, donde justamente la persona es el eje pero donde es la modalidad institucional de abordaje y la condición de tratamiento lo que nosotros tenemos como eje de intervención.

Procedimiento, recepción y trámite de denuncia: cómo se procesan las



denuncias, los dictámenes que hace el equipo cuando va a hacer un monitoreo y las resoluciones acerca de lo que uno ha detectado que va desde los requerimientos y apercibimientos, por ejemplo se cierran salas de contención o se dispongan medidas de clausura o medidas determinadas para la institución de qué se trata o de las personas.

Cuando hablamos de modalidad de abordaje y modelo comunitario estas características son relevadas fuertemente. La universalidad de la atención, si es equitativa, participativa, integral, promocional, territorial. Esto no es un dicho, es una condición de lo que tiene que ser la modalidad de abordaje. Si es abierto, si es de calidad, si tiene continuidad de cuidados y con esto cierro: Si es inclusivo y además tiene la construcción del sistema de apoyo.

Lo que vemos casi como regla, no como excepción, es que el tratamiento se termina con el alta y cuando la gente se va no hay ningún seguimiento, sostén apoyo y continuidad de cuidados que está explícito que en esta época en todo lo que es la atención en salud mental que es como el paradigma de la rehabilitación, la continuidad de cuidados. No hay rehabilitación y tratamiento en salud mental si no hay continuidad en el tratamiento. La rehabilitación efectiva es la rehabilitación a largo plazo. Esto en este momento, prácticamente es una regla que no existe. Yo creo que nuestro destino, nuestro deseo, nuestra esperanza es que nuestra función sea de fiscalizar, de monitorear situaciones excepcionales y no que lo excepcional sea la regla; para eso tiene que haber un órgano del Estado, para fiscalizar excepción y no reglas. Hoy lamentablemente estamos en la regla. Casi todas las intervenciones que estamos teniendo están mostrando que no hay una modalidad de abordaje que sostiene derechos de las personas. Yo se que muchos de ustedes lo hace pero hay que asociarse para profundizar ese camino, las modalidades de abordaje, tanto jurídicas como sanitarias tengan que ver con el sostenimiento de derechos.
