

PROYECTO DE LEY

*El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, ...
sancionan con fuerza de*

LEY

PROGRAMA CRECER CON SALUD

TÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- Creación. Créase el Programa Crecer con Salud en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

ARTÍCULO 2.- Objeto. Esta ley tiene por objeto:

- a) Desarrollar un sistema público de salud mental, mediante la creación de centros de psicoanálisis multifamiliar que podrán estar en hospitales públicos o en otros dispositivos de todo el territorio nacional, que permita ampliar el acceso gratuito a la salud de las niñas/os y sus familias, que necesiten asistencia psicológica;
- b) Fortalecer y capacitar los servicios de Terapia Multifamiliar de carácter público, existentes y a crearse en el ámbito nacional, logrando un abordaje interdisciplinario de la patología mental;
- c) Coordinar el accionar del Programa con las áreas del Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Educación y otras relevantes para un abordaje intersectorial;
- d) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades psicosomáticas y otras patologías o problemáticas socio sanitarias.

ARTÍCULO 3.- Sujetos comprendidos. El Programa estará destinado a niñas/os y adolescentes menores a DIECIOCHO (18) años y sus familias, sin discriminación alguna.

ARTÍCULO 4.- La presente ley se inscribe en el marco de las leyes N° 26.061, N° 26.657 y N° 26.529.

TÍTULO II: MÉTODO MULTIFAMILIAR

ARTÍCULO 5.- Definición. A los efectos de la presente ley, se entiende por modelo multifamiliar, el tratamiento de las/os pacientes del sistema público de salud que lo requieran

y soliciten, el cual consiste en una modalidad de trabajo psicoanalítico que incluye al paciente y a su familia, posibilitando la comprensión y la resolución de los conflictos-base de diversas enfermedades/ patologías y la prevención de problemáticas socio-sanitarias.

Para el abordaje multifamiliar no es requisito, aunque sí ventajoso, la presencia de toda la familia del paciente identificado. En este ámbito se considera que el "paciente" es toda la familia, no únicamente la persona que primeramente manifestó necesidad de tratamiento, malestar psíquico o despliegue sintomático.

TÍTULO III: CENTROS DE ATENCIÓN, CRECER CON SALUD

ARTÍCULO 6.- Creación. La autoridad de aplicación deberá crear los Centros de Atención Crecer con Salud en hospitales públicos nacionales o cualquier otro dispositivo de salud, en todo el territorio nacional.

ARTÍCULO 7.- Integración. Cada Centro estará integrado por un Equipo Interdisciplinario, el cual podrá contar con profesionales y/ o docentes de las siguientes áreas: psicología, psiquiatría infanto-juvenil, clínica médica, pediatría, mediación, trabajo social, sociología, antropología, y otras disciplinas o campos afines. En todos los casos, deberán acreditar experiencia en el trabajo con niñas, niños y adolescentes. Y necesariamente se deberá contar con al menos un profesional del área de Salud Mental (Médico psicoanalista o Psicólogo).

ARTÍCULO 8.- Funciones. Será responsabilidad de los Centros de Atención Crecer con Salud:

- a) Evaluar las consultas que espontáneamente reciban de las/os pacientes, familiares, referentes;
- b) Brindar atención a través de los Equipos Interdisciplinarios, pudiendo realizar derivación y/o recomendar la asistencia o tratamiento por parte de otros dispositivos, según la necesidad de cada situación particular. La asistencia o tratamiento por parte de otros dispositivos no es excluyente con el abordaje multifamiliar, pudiendo ser complementarios;
- c) Posibilitar la capacitación permanente de las/os profesionales y técnicos integrantes de los Equipos Interdisciplinarios de atención, a través de su participación en acciones de investigación, docencia y formación sobre el método multifamiliar;

ARTÍCULO 9.- Acceso. El acceso de pacientes y familias a los Centros, se realizará directamente o bien por derivación desde cualquier otro efector de Salud.

ARTÍCULO 10.- Alta. Las/os pacientes ingresados en los Centros, permanecerán en el tratamiento hasta que el Equipo Interdisciplinario considere que se ha completado satisfactoriamente el tratamiento, y/o por iniciativa de las/os pacientes y sus familias.

TÍTULO IV: LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 11.- El Poder Ejecutivo Nacional designará a la autoridad de aplicación de la presente ley, la cual tendrá las siguientes funciones:

- a) Implementar y monitorear el Programa;
- b) Evaluar los resultados.
- c) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para la implementación del Programa en cada jurisdicción, para lo cual percibirán las partidas presupuestarias previstas. La falta de implementación implicará la cancelación de las transferencias acordadas.
- d) Coordinar acciones intersectoriales con los Ministerios de Desarrollo Social, Educación, y otras áreas relevantes en cada jurisdicción, a fin de facilitar el acceso de la población al Programa y desarrollar líneas de acción para un abordaje intersectorial.
- e) Desarrollar en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación y otros, un área destinada a la investigación, capacitación y formación de profesionales y técnicos en el modelo multifamiliar.
- f) Desarrollar en el ámbito del Ministerio de Educación un área de capacitación para docentes y profesionales del campo educativo, que deberá integrar instancias de formación virtual y presencial en el método multifamiliar, a lo largo de todo el territorio nacional.
- g) Firmar convenios con las Universidades y Hospitales Nacionales, para diseñar programas de capacitación en el modelo multifamiliar, así como en centros de estudios terciarios.
- h) Crear y reglamentar Protocolos, Guías y Recomendaciones correspondientes al funcionamiento del Programa.

TÍTULO V: DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 12.- Partida presupuestaria. El Presupuesto General de la Nación preverá las partidas necesarias para la implementación de la presente ley.

ARTÍCULO 13.- Reglamentación. La presente ley deberá ser reglamentada en un plazo máximo de NOVENTA (90) días.

ARTÍCULO 14.- Invítase a las provincias a adherir a la presente ley.

ARTÍCULO 15.- Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

Dip. Ana Carla Carrizo

Confirmantes:

1 Antola, Marcela

2 Coletta, Mariela

3 Tavela, Danya

4 Sarapura, Natalia Silvina

5 Brouwer De Koning, Gabriela

6 Cipolini, Gerardo

7 Stolbizer, Margarita

FUNDAMENTOS

El modelo multifamiliar es un tratamiento particular de psicoanálisis, creado por el Dr. Jorge García Badaracco y desarrollado en nuestro país por distintos profesionales.

Si bien el modelo está funcionando actualmente en diversos países, entre ellos, Uruguay, México, Portugal, España, Italia y Francia; en Argentina solo está disponible actualmente en algunos Hospitales Públicos.

En los Hospitales Moyano y Gutiérrez, funciona el espacio Escuela para Padres Multifamiliar desarrollado por la Lic. Eva Rotenberg, que consiste en una modalidad de trabajo psicoanalítico que incluye al paciente y su familia dentro de un contexto social más amplio.

Fundada en el año 2000, La Escuela para Padres Multifamiliar basa su trabajo en los principios teóricos del Psicoanálisis Multifamiliar, aunque su objeto de estudio e intervención es el niño y sus otros significativos (padres, etc.), entendiendo como relevante la etapa de los primeros años en el desarrollo de la infancia y la adolescencia.

Tal espacio terapéutico es un espacio de disponibilidad profesional para el acompañamiento de las familias en la crianza de sus hijos, cuyo objetivo es ayudar a sostener una crianza suficientemente buena, para un desarrollo saludable en las niñas, niños y adolescentes¹. Concurren allí familias, niños/as de distintas edades y profesionales en formación. Por lo cual, el trabajo con las familias a partir del espacio multifamiliar permite desarrollar al mismo tiempo formación de profesionales en dicho método.

Tal dispositivo permite tratar a muchas personas simultáneamente, prevenir internaciones y recaídas, así como reducir los tiempos de internación. De este modo, se reducen gastos de Salud Pública y se actúa en forma de prevención y promoción de la salud, en consonancia con la política de APS.

Además de la Escuela para Padres Multifamiliar del Hospital Gutiérrez, este tipo de abordaje se implementa en otras instituciones públicas. Tanto en el Hospital Moyano como en el Borda desde el año 1999. En el caso del Borda, entre los años 1999 y 2000, en un grupo de casi 3000 pacientes, el 80% tuvo internaciones de menos de 15 días. Hasta la actualidad esto funciona diariamente en Consultorios Externos del Hospital Moyano. También, se

¹ <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-225722-2013-08-01.html>

implementa en el Sanatorio Méndez en forma íntimamente articulada con el proceso de admisión y en el Hospital de San Isidro.

Todas estas experiencias arrojan sólidas evidencias clínicas del éxito terapéutico que puede alcanzarse con esta modalidad de trabajo, que puede contribuir a ‘desmanicomializar’ a la psiquiatría y rehumanizar el tratamiento de la enfermedad mental.

La creación de los centros de terapia multifamiliar “Crecer con Salud”, posibilitaría ampliar la cobertura de una demanda hoy no satisfecha, teniendo en cuenta la participación simultánea de distintos grupos familiares, descomprimiendo al mismo tiempo los servicios existentes y posibilitando el acceso a la salud en sectores en condición de pobreza. Según los especialistas el método permite eliminar las listas de espera que existen actualmente en los servicios de salud, otorgando atención de calidad y con resultados positivos comprobados. Además de reducir los costos en la inversión estatal para este tipo de servicios.

Este dispositivo en el que se reúnen terapeutas, pacientes, familias, profesionales y estudiantes de universidades, proporciona un clima de confianza tanto para los pacientes como para sus familias, posibilitando la expresión de vínculos enfermos y enfermantes y la prevención de diversas patologías y problemáticas sociales, como violencia, bullying, apatía escolar, adicciones, abuso sexual infantil. Además de reducir el número de internaciones y la utilización de la medicación.

En este sentido, el método multifamiliar permite reducir el efecto de las prácticas medicalizadoras de la vida cotidiana, las cuales pretenden reducir problemáticas socioafectivas a cuestiones netamente neurocognitivas. Esta patologización y medicalización de la infancia, supone cierto pasaje desde la identificación de determinados síntomas a la definición de una patología, para la cual la solución se presenta siempre y solamente en la medicación, obturando de tal forma, el derecho a ser oído de los niños, niñas y adolescentes (artículos 3 y 24, de la ley 26061).

Son varios los estudios (Sedronar: 2008; Dueñas, G. y Kligman, C.: 2009) que dan cuenta de un aumento de prácticas provenientes de la salud mental en ámbitos como el educativo, donde comienzan a medicarse síntomas y/o manifestaciones de las niñas/os de manera temprana. Frente a situaciones complejas en el ámbito educativo, la existencia de un diagnóstico, tranquiliza a docentes y otros actores preocupados por síntomas que perturban el proceso de enseñanza-aprendizaje brindando una solución inmediata.

Entendemos como dijera el pediatra y psicoanalista inglés D.W. Winnicott, que la sintomatología del niño refleja enfermedad en uno de los progenitores, en ambos o en la situación social, y es esto lo que necesita atención.

Este tipo de terapia, utilizada inicialmente para el abordaje de la psicosis, considera a las familias parte del equipo terapéutico, habilitando de tal modo, un abordaje que integra tres registros: intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo, desarrollando procesos de subjetivación/ socialización significativos.

Sin embargo, tal como adelantamos, una virtud de este tratamiento además de la comprobada recuperación de los pacientes y sus familias, es el logro de una mayor cobertura respecto de la población con enfermedades mentales y/o necesidad de espacios terapéuticos al integrar en un mismo momento, varios grupos de personas².

En los grupos de psicoanálisis multifamiliar se observan fenómenos complejos propios y únicos, representando simbólicamente una microsociedad en la que los sujetos, desde lo individual, lo familiar y lo social, piensan, dialogan y viven una experiencia enriquecedora en un mismo espacio-tiempo terapéutico (Maruottolo, C, 2009: 3).

Según los especialistas el factor patógeno se desarrolla en la trama de interdependencias entre niños y padres que pueden ser sanas o enfermantes, de modo que la curación, debe darse a través de una actitud profunda del terapeuta en dicha trama.

Tal intervención previene numerosas problemáticas de salud y socioeducativas; permite reducir el número de situaciones de violencia de género, así como dificultades de integración y bajo desempeño en niñas/os en el ámbito escolar. Cuatro de cada diez niños de 13 a 16 años han sufrido o sufren hostigamiento entre pares³, y se estima que aunque en la Argentina no existen datos oficiales a nivel nacional, uno de cada cinco niños/as son abusados por un familiar directo antes de los 18 años; siendo la edad media de inicio del abuso los 8 años⁴. De acuerdo a un informe de UNICEF⁵, la tasa de sobreedad en el ciclo orientado de secundaria en el total del país para el 2013, ascendía a 15,58%. El porcentaje de alumnos con nivel de desempeño bajo en matemática (en 5º/ 6º año de secundaria), corresponde a un 27,9% para el total del país, en 2013; mientras que el porcentaje de alumnos con nivel de

² <http://www.lanacion.com.ar/1580207-psicoanalisis-para-curar-trastornos-de-la-piel>

³ www.lanacion.com.ar/1804479-adolescentes-en-riesgo-el-40-es-victima-de-alguna-forma-de-bullying

⁴ Bringiotti, Maria Inés y Raffo, Pablo. "Abuso Sexual Infante Juvenil". Revista el derecho de familia. Nro. 46, julio/ Agosto 2010, citado en Bianco, M. y otras (2015). "Abuso sexual en la infancia. Guía de orientación y recursos disponibles en CABA y Provincia de Buenos Aires", FEIM, Buenos Aires.

⁵ Publicado en http://www.unicef.org/argentina/spanish/overview_11124.htm, consultado 11-5-2016.

desempeño bajo en lengua (en 5º/6º año de secundaria), corresponde a 25,7% en el total país, para el año 2013.

Algunos meses atrás hemos sufrido un hecho dramático que dejó al descubierto el aumento del consumo de drogas en amplios grupos de jóvenes, y la baja en la edad de inicio respecto del consumo de sustancias⁶, asociado entre otros factores, al fácil acceso y disponibilidad de drogas dentro del ámbito doméstico, y al uso abusivo de drogas por distintos miembros de la familia.

Por otra parte, y tal como dijimos con anterioridad, entendemos que este programa ayudaría a prevenir situaciones de violencia que como es de público conocimiento, presentan actualmente números alarmantes. Según el informe de La Casa del Encuentro, en la República Argentina hubo en el año 2015, 286 mujeres asesinadas por femicidios, y en 8 años 2.518 hijas e hijos quedaron sin madres, de las/los cuales el 65% eran menores de edad.

Por último, vale agregar que en 2010, según datos del INDEC y publicados por el Ministerio de Salud en el año 2014, 36,1 % de la población total en Argentina no está cubierta con obra social o plan médico. Esto explicaría entre otras cosas, las largas listas de espera en servicios públicos de salud mental, que serían eliminadas con la implementación del Programa.

Este proyecto se originó en el año 2016 y fue representado sucesivamente hasta el año mediante exptes 3544-D-2020 y 9999-D-2022. Sin embargo, mucho ha ocurrido desde entonces.

En la Argentina, por su lado, se declaró la emergencia pública en materia sanitaria - entre otras áreas- a través de la Ley Nro. 27.541, ampliada respecto de las medidas a adoptar con relación al COVID-19 por el Decreto de Necesidad y Urgencia - DNU- Nro. 260/2020 del 12 de marzo de 2020 y luego prorrogada hasta el 31 de diciembre de 2021 mediante DNU Nro. 167/2021.

Asimismo, el Presidente de la Nación dictó a través del DNU Nro. 297/2020 el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO). Este último señalaba: "A fin de proteger la salud pública, lo que constituye una obligación inalienable del Estado nacional, se establece para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria, la medida de ASPO 'aislamiento social, preventivo y obligatorio' en los términos indicados en el presente decreto".

Esta medida excepcional mantuvo a gran parte de la Argentina bajo estricto aislamiento con el objetivo de contener la cantidad de contagios por COVID-19, evitar la

⁶ <http://www.eldia.com/informacion-general/drogas-de-diseno-crece-el-consumo-y-el-inicio-es-cada-vez-mas-temprano-131234>

saturación del sistema sanitario y así poder atender adecuadamente a las personas con mayor riesgo de letalidad. Posteriormente, cuando las condiciones sanitarias lo permitieron, se procedió a una nueva etapa de “distanciamiento social, preventivo y obligatorio” (DISPO), que habilitó el desarrollo de las mayorías de las actividades económicas y sociales cumpliendo los protocolos sanitarios establecidos por cada jurisdicción.

En la actualidad, nuestro país se encuentra atravesando la segunda ola de la pandemia con un aumento sostenido de casos desde el mes de abril de 2021 lo que motivó que el Gobierno Nacional publicase el DNU 241/2021 -sucesivamente prorrogado hasta la actualidad- para establecer nuevamente un conjunto de medidas generales de prevención y diversas restricciones a la circulación de personas y actividades en múltiples rubros a lo largo y ancho de todo el territorio nacional.

Todas esas restricciones impuestas a la libertad de circulación, el distanciamiento social, la pérdida de seres queridos, los rebrotes, la aparición de nuevas cepas, la crisis económica sostenida, y la incertidumbre en general generada desde la llegada del virus a nuestro país son factores que impactaron fuertemente en la salud de la población, causando desequilibrios en la estabilidad emocional de millones de personas no sólo en la Argentina sino también alrededor de todo el mundo. En rigor, nuestras sociedades no habían vivido, hasta este momento, una cuarentena de estas características, en la que tantas personas estén involucradas al mismo tiempo.

En lo que respecta los niños, niñas y adolescentes, UNICEF ha llevado a cabo una encuesta en nuestro país que arroja cifras alarmantes, no solo respecto de las estimaciones de pobreza en la niñez y adolescencia, sino también en cuanto a la salud mental y emocional de esta población debido al impacto de la pandemia por COVID-19. La encuesta expone que distintos factores presentes en muchos hogares argentinos, como la pérdida de empleo, la ausencia a clases escolares, la falta de socialización entre pares, la disminución de salidas recreativas, entre otros, han afectado de manera progresiva la salud mental y emocional de los niños, niñas y adolescentes. En efecto, cerca de la mitad de los hogares consultados en los que viven niñas y niños de hasta 6 años, manifestaron que los chicos y las chicas sufrieron alteraciones con las comidas en los últimos 6 meses. Además, un 39% indica que tuvieron alteraciones en el sueño y el 27% dificultades en la comunicación. Los y las adolescentes manifestaron que se sienten angustiados (33%), asustados (25%) y deprimidos (18%). Además, todos esos indicadores aumentaron respecto de las encuestas anteriores⁷.

Ante dicho escenario, creemos que la salud mental en general, y en particular la de niños, niñas y adolescentes, debe ser revalorizada y puesta como prioridad de salud pública,

⁷ UNICEF (2021), “Impacto de la segunda ola de la pandemia COVID-19 en las familias donde viven chicas y chicos. 4ta Encuesta.”, 11 de junio 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/11191/file>

recordando la definición de salud que desde 1948 realizó la OMS: "la salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"⁸

En el plano normativo, nuestro país cuenta con la ley 26.657 de Salud Mental -y su decreto reglamentario 603/2003- que, de acuerdo a su artículo 1, procura asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. En lo que respecta a niños, niñas y adolescentes, la ley realiza una única referencia expresa a dicho grupo en su artículo 26 -referido a casos de internación- mediante el cual se dispone que se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos. Luego, a través de la reglamentación de dicho artículo, se estableció que el abogado defensor que intervenga en dichas internaciones deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c de la Ley Nro. 26.061.

Esta última norma de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes también contiene algunas disposiciones sobre derecho a la salud. El artículo 14 en su último párrafo establece que tienen derecho a la atención integral de su salud; el artículo 25 sobre el derecho al trabajo de los adolescentes determina que dicha prerrogativa sólo podrá limitarse cuando la actividad laboral importe riesgo o peligro para su desarrollo, salud física, mental o emocional; el artículo 28 sobre principio de igualdad y no discriminación refiere que las disposiciones de dicho régimen se aplicarán sin discriminación fundada en diversos motivos, entre ellos, de salud. Por su lado, la reglamentación de la ley dispuso en su artículo 39 que se adoptarán medidas excepcionales de protección que requieran la separación o no permanencia en el mundo familiar en los casos que, entre otros motivos, medien circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la salud física o mental de niñas, niños y adolescentes.

Por los motivos expuestos, consideramos que extender la disponibilidad de servicios de salud que integren el método psicoanalítico multifamiliar, contribuirá a una mejora en la calidad de vida y en la salud mental de la población y en particular, de las/ los niñas/os.

Queda así fundamentado el presente proyecto y a consideración de los diputados y las diputadas para su sanción.

⁸ Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Maruottolo, Claudio (2009). "El psicoanálisis multifamiliar como dispositivo terapéutico hipercomplejo", publicado en http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0802/0802_Claudio_Maruottolo_EL_PSICOANALISIS_MULTIFAMILIAR_COMO_DISPOSITIVO.pdf, consultado 19-4-2016.

Dueñas, Gabriela y Kligman, Cecilia (2009). "La patologización y medicalización de la infancia". Revista de USAL.

Sedronar (2008). "La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos". Informe final, Diciembre 2008.

Bianco, Mabel; Wachter, Paula; Chiapparrone, Norma; Müller, María Beatriz (2015). "Abuso Sexual en la Infancia: Guía para orientación y recursos disponibles en CABA y Provincia de Buenos Aires", Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer-FEIM.

Dip. Ana Carla Carrizo