

**Tendencias actuales en la salud mental.
La intervención del estado: su necesidad y urgencia.- [1]**

Por Guillermo C. Alonso Sainz [2]

Prefacio: Extracto de la canción “Presente” de Ricardo Soule()*

El hombre, una vez que toma conciencia del concepto de finitud, llega a preguntarse porqué construir -en cualquiera de los órdenes de la vida, ya sea en lo personal o en lo material, bajo sus distintas formas- si quizás es el común denominador de la especie humana que el legado que pueda dejar no tendrá mayor trascendencia que para alguno de sus seres queridos y, en el peor de los casos, aquellos que culminan su vida en soledad no dejan nada a nadie.

Los cambios de la sociedad -en especial a partir de la globalización- han profundizado la desigualdad entre los individuos debido a la creación de elementos tecnológicos que permiten un mayor intercambio de información, ya que, a la fecha, el acceso a dicha tecnología sigue siendo limitado a una mínima parte de la población mundial.

Esto tiene su eje o punto de inflexión con posterioridad al año 1945, cuando se fueron creando con mayor solidez organismos internacionales, seguramente por la búsqueda de una paz ante lo que fue la devastación de la Segunda Guerra Mundial y, en especial, ante la utilización de armamentos que superaron lo que podía constituir el concepto de las guerras -por ejemplo las del medioevo frente a lo que fue Hiroshima-. La pregunta es si esos cambios a nivel mundial mediante la forma de órganos internacionales, lo fueron como una sana vocación de buscar mecanismos de coordinación, de consenso y de encuentros entre los países, o simplemente por el temor a que las nuevas formas de guerra pusiesen fin a la especie humana.

Si seguimos a grandes rasgos un lineamiento cronológico, llegamos a lo que se denominó la guerra fría, la cual dividió el mundo bajo dos grandes formas políticas ideológicas: liberalismo y comunismo. En ese entonces, era muy difícil la búsqueda de consensos intermedios: todo era o blanco o negro. Por ello, las líneas intermedias –llamémoslas grises tanto en el orden del liberalismo como del comunismo- no tenían otra alternativa que alinearse en alguno de los extremos.

Dentro de estos dos ejes se obviaba que, en el marco del contexto poblacional mundial, estaban los países emergentes y las riquezas desconocidas -aquellas que no se consideraba necesaria su explotación- toda vez que el límite intelectual de la dirigencia en su conjunto, entendía que los elementos con los que contaban podían ser suficientes para cubrir las necesidades básicas de las denominadas potencias.

Producida la caída del sistema comunista, y tomando como hito la caída del muro de Berlín, comienza una nueva modalidad de guerra, la que subsiste a la fecha y que pasa por el poder económico. En este esquema guardan relevancia insopechada, desde hace cincuenta años, países como la India, China, algunos de los surgidos con posterioridad a la desaparición de la Unión de

Repúlicas Socialistas Soviéticas, Brasil -dentro de nuestro continente- y los países árabes con el poder del petróleo.

Sin que implique ubicar a nuestro país en un grado de igualdad con los países mencionados, desde el punto de vista potencial, no cabe duda de que la necesidad mundial de alimentación nos posicionó en una situación de privilegio en lo que es la materia prima, en especial la agricultura bajo las nuevas formas de producción, y, por qué no mencionar, las reservas de agua potable, quizás uno de los bienes máspreciados por la humanidad y de difícil sustitución.

Producto de lo narrado podemos decir que -a partir de la década de los 90- se ingresa en un sistema netamente político económico, lo que llevó a gran parte del mundo a un proceso de consumismo, donde los países desarrollados lo aplicaron a lo que podemos denominar productos de confort y los países emergentes, a los que podemos sumar aquellos en vías de desarrollo, a un mayor consumo. Esta síntesis da cuenta de lo que -producto de la globalización- ha sido el impacto en la salud del ser humano, no solo en las patologías médicas usuales sino, también, en el aspecto mental.

Si consideramos la antigüedad de la existencia del hombre sobre la tierra aparece insignificante que hace apenas 60 años que se creó la Organización Mundial de la Salud (oms) y recién hace 30 años que dicho organismo aprobó la Asistencia Primaria en Salud (aps).

Haciendo un paralelo con el punto de vista del derecho, es similar el retraso en el tratamiento de la salud mental y, en especial, qué se entendía por demencia y los criterios asistencialistas y médico jurídicos utilizados.

La realidad es que en nuestra legislación, hasta la reforma del Código Civil (cc) del año 1968 (Ley 17711), sólo se conocía la figura de lo que se denominaba el loco furioso, la manía, demencia ó imbecilidad, desconociendo cualquier otro tipo de categorización intermedia, la que fue salvada con la reforma al artículo 141 del cc que establece que:

Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes.

A ello se sumó el artículo 152 bis con la figura del inhabilitado, que encuadrado dentro de tal concepto el alcoholismo y la toxicomanía:

Podrá inhabilitarse judicialmente:

1º) A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio.

2º) A los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio.

3º A quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. Sólo procederá en este caso la inhabilitación si la persona imputada tuviere cónyuge, ascendientes o descendientes y hubiere dilapidado una parte importante de su patrimonio. La acción para obtener esta inhabilitación sólo corresponderá al cónyuge, ascendientes y descendientes.

Se nombrará un curador al inhabilitado y se aplicarán en lo pertinente las normas relativas a la declaración de incapacidad por demencia y rehabilitación.

Sin la conformidad del curador los inhabilitados no podrán disponer de sus bienes por actos entre vivos.

Los inhabilitados podrán otorgar por sí solos actos de administración, salvo los que limite la sentencia de inhabilitación teniendo en cuenta las circunstancias del caso.

Aclaramos que los conceptos de los artículos 141 y 152 bis, en sus consecuencias, son diametralmente opuestos ya que en un caso estamos en presencia de un incapaz y, en el otro, de una persona capaz.

No podemos obviar que el dictado de la nueva Ley de Salud Mental (26657), en su artículo 42, incorpora el artículo 152 ter que genera la existencia de cuerpos interdisciplinarios, mayores controles y limitación de la temporalidad de la incapacidad desde el punto de vista técnico jurídico.

Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de tres (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

Dada la confusión que ha creado el límite de este artículo, debe aclararse que se refiere a un tope de la obligación de los jueces para efectuar nuevos exámenes y así determinar si continúa o no la incapacidad o la inhabilitación de una persona.

Volviendo a lo actuado por la oms, vemos como se han avizorado las necesidades del ser humano y las dimensiones que se avecinaban y se avecinan como producto de los cambios políticos y económicos del mundo sobre la salud cuando consideramos los lemas utilizados en los años 2001 (sobre salud mental) y 2009 (sobre atención primaria).

Todo lo atinente a la salud mental está ligado claramente al desarrollo humano y, como han dicho varios especialistas, “no hay salud mental si no hay salud”.

El desafío, tanto en nuestro país como en el mundo, pasa por buscar dos o tres conceptos directrices que permitan un único camino en el tratamiento de la salud mental.

Comentamos sobre la ‘juventud’ que tiene nuestra normativa en cuanto a reconocer nuevas formas de enfermedades pero, al mismo tiempo, hoy está atrasada. Por ejemplo, en nuestro ordenamiento legal se hablaba de la figura del prodigo como de aquel que despilfarraba su dinero y una de las formas de hacerlo era mediante el juego. Sin embargo, la prodigalidad no era interés del Estado a diferencia de las personas incapaces o de las otras figuras de inhabilitación, ya que -en el caso del prodigo- el legitimado sólo era la familia que padecía tal contingencia. Y, en realidad, mediante una suerte de desvío técnico legal, se incluía al jugador bajo alguna conducta de las previstas en el artículo 152 bis del cc dado que dicha norma referencia que aquel que sin llegar a ser demente en sentido jurídico tuviese alguna alteración que ponga en peligro su persona y sus bienes, es inhabilitado. Hoy, al año 2012, en el próximo congreso de la oms se está trabajando en el dsm-v (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en reemplazo del dsm-iv, donde no sólo estaría incluida la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo, sino también se sumarían adicciones como la ludopatía, el cibernautomanía, el sexomanía, entre otras.

Seguramente, todo ello -al momento de su aprobación- será absorbido por otras formas o, mejor dicho, por otras patologías de adicciones.

En lo estrictamente normativo, no podemos obviar dos pilares desde el punto de vista de la salud mental: el dictado en el año 2000 de la Ley 448 de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires y el Régimen de Internaciones. Esta última, debe aclararse, fue de alguna forma absorbida por la vieja Ley de Internación(22914) –de carácter federal- hoy derogada por la Ley 26657 de Salud Mental, también con carácter nacional.[3]

El antecedente de la Ley 448 lo encontramos en la Constitución del Gobierno autónomo de la ciudad de Buenos Aires que, en el artículo 21 inciso 12, dice:

Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradicarán el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.

Más allá de las críticas que ha recibido dicha ley -en especial por la contradicción entre la ley local y el código de fondo, más precisamente por el artículo 482 del cc- constituyó un disparador en la materia y de avanzada ya que, por ejemplo, incorpora la intervención del servicio de orientación y de evaluación. Dicha ley estableció ciertos criterios únicos de participación y tiempos de tratamiento. Quizás uno de los mayores impedimentos, seguramente como consecuencia de factores políticos, fue que no se contó con la debida participación ciudadana.

Por supuesto que el gran desafío y guía rectora a la fecha de este trabajo es la nueva Ley de Salud Mental dado su carácter federal y la necesidad de que las provincias adecuen las propias a los preceptos y al espíritu de la citada ley.

Quizás este proceso iniciado a fines de diciembre de 2010 tenga por objetivo buscar mecanismos mínimos de ejecución y no caer en discusiones bizantinas que impiden la tarea de proteger al individuo en su faz mental. Creemos entender que el individuo puede sobrellevar cualquier otro tipo de patología, no podemos ni debemos renegar de las cuestiones positivas del pasado; es así que hay terminologías que resultan antipáticas como la palabra desinstitucionalizar cuando quizás lo mejor sea decir o hablar de reestructuración.

También nos resultó de sumo interés para la aplicación de la materia, el concepto diferencial entre gobernabilidad y gobernanza: el primero constituye generar un *status quo* tendiente a lograr los objetivos trazados por el gobernante de turno, mientras que la gobernanza constituye el buen gobierno en sí.

Ahora bien, sabemos que dentro del concepto de la prestación médica, la salud mental constituye quizás la mayor erogación de lo que es la salud en su conjunto ya sea la prestación pública o privada. De más está mencionar el fenómeno de los últimos tiempos de arduas batallas judiciales bajo la forma de amparos para que las prepagas cubran en su integridad los tratamientos psiquiátricos -las que en su mayoría tienen límites de 30 días, por ejemplo en internaciones- cuestión ésta que realmente, y sin ingresar en el terreno económico de la prepaga, resulta exigua cuando todos sabemos que el tratamiento atinente a la salud mental no tiene fecha de inicio ni de cierre. Por ello es frecuente que hablemos del paciente institucionalizado.

Por eso, cuando hablamos de la sana injerencia del Estado, consideramos que sólo la comunidad en su conjunto es la que puede -con su aporte- asegurar dichos tratamientos o, por lo menos, mejorar la calidad de vida de aquel individuo que tiene una patología irreversible.

En el marco del dictado de la materia, no podemos dejar pasar la vivencia del profesor doctor Juan Carlos Ferrali, quien señaló que no es poco lo que se destina dentro del presupuesto a la salud, nunca hubo tantos recursos como ahora[4], la salud sirve para combatir la pobreza y, en especial, recordó -haciendo su historia propia- lo que otrora era la función del médico en el hospital, que permitía una vida digna junto a su familia y que no era precisamente el consultorio lo que hacía el sustento diario de un profesional de la medicina.

Por cuestiones generacionales viví parte de esa experiencia en lo que fue la escuela pública. Por eso, la mejor forma de inclusión para lograr evitar las desigualdades -entre ellas la sanitaria- es la participación activa del Estado bajo cualquiera de sus formas y sin que ello implique menoscabar el papel que cumplen los sistemas de salud privados.

En lo específico, cuando se habla de inclusión, pareciese que es un conceptoívoco tendiente solo a la protección del necesitado. Sin embargo, para que ese necesitado sea incluido, es necesaria la participación de los profesionales idóneos para cumplir los objetivos del ejercicio de la salud mental. Podemos reemplazar aspectos tecnológicos de una resonancia magnética por un modelo mejor, sistemas de prótesis, reactores químicos de mayor rapidez, farmacológicos, etc., pero la pregunta es ¿quién puede reemplazar el aspecto empírico que requiere el tratamiento de cualquier enfermedad mental? Ya sean los profesionales tanto psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y todos aquellos vinculados a la materia, incluidos los órganos de protección judicial, tanto desde los jueces hasta el novel empleado que participa en la tramitación de un proceso.

Todo ello no puede ser suplido con ningún mecanismo técnico; sólamente logra a través de la efectiva capacitación y de su continua actualización. Para ello, es de carácter urgente y sólo con la intervención del Estado, insistimos -sin olvidar la participación de las instituciones de salud privadas, de los órganos no gubernamentales, de la participación ciudadana en sus distintas formas- que se podrá llegar a un objetivo claro y concreto de proteger a los más necesitados por afecciones en su salud mental, ya sean pasajeras o definitivas. Además, y de la misma forma que, por ejemplo, bajo un sistema de publicidad dura nos han enseñado aspectos de los accidentes viales, todo individuo tiene que ser consciente de que es un potencial individuo con problemas en su salud mental, ya sea bajo las formas extremas como la esquizofrenia, las psicosis, o

cualesquiera de las variantes de las adicciones.

Todos estos disparadores y la lectura de los documentos de la materia “Tendencias actuales de la salud mental” me llevan a ratificar mi posición en la forma más enérgica que fuera plasmada en una primera etapa –por el año 2005[5]- y luego en el 2011 en el libro sobre la Ley de Salud Mental[6].

Lo importante sería no caer en sistemas burocráticos que traben las tres o cuatro directrices que rigen la materia y evitar, por ejemplo, lo que se denomina la desmanicomialización y llegar a extremos como el que narra el libro “La historia del loco” de John Katzenbach :

—El señor Evans pensaba que intentaría escarparme— comentó Francis.

—La gente siempre piensa que es lo que harán las personas que están aquí— sacudió la cabeza con una sonrisa. —Hasta el señor del Mal. Lleva aquí un par de años y ya debería saber que no es así.

—¿Por qué no? —preguntó Francis—¿Por qué no intenta huir la gente?

—Ya sabes la respuesta, Pajarillo —suspiró Negro Chico— No es una cuestión de vallas, ni de puertas cerradas con llave, aunque tenemos un montón. Hay muchas formas de tener a una persona encerrada. Piénsalo. Pero la mejor no tiene nada que ver con fármacos o cerrojos: aquí casi nadie tiene adonde ir. Si no tienes eso, no te vas. Es así de simple.

Ojala se logren mecanismos que eviten las graves consecuencias de lo expuesto en el párrafo anterior, de lo contrario y sin ser apocalíptico generaremos una de las peores epidemias de la humanidad. Está en nosotros, cada uno en su mínima participación, el evitarlo.

[1]El trabajo que se desarrolla fue presentado en la Carrera de especialización en política y gestión de la salud mental, UBA, Facultad de Psicología, Secretaría de postgrado, Directora Virginia Corina Samaniego, en la materia Tendencias en la salud mental, cátedra a cargo del Profesor Dr. Juan Carlos Ferrali.-

[2] Abogado- UBA- Mediador matrícula MJN 1155. Incluido en la lista del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal para ocupar cargos de auxiliar de la Justicia como curador, tutor e interventor, entre ellos. Ex – miembro de la Comisión de Defensa del Colegio antes citado, como así también como miembro de la asamblea de delegados. Ex – auxiliar de la Justicia Nacional en lo Civil, período 1980/1987, y desde entonces en el ejercicio independiente de la actividad profesional. Ex – docente del Práctico Forense II de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA. Docente invitado en otras Universidades (Morón, UADE, Universidad de la Fundación Barceló). Disertante invitado en Universidades, seminarios y congresos de distintas instituciones atinentes a los procesos de incapacidad, entre ellos: Colegio de Abogados de la Capital Federal, Fundación Barceló, Academia Nacional de Ciencias Médicas, Congreso de Médicos Psiquiatras de la República Argentina, Hospitales públicos e instituciones privadas. Participante en seminarios, talleres referidos a la actualización en el proceso de mediación y en salud mental, entre ellos: 1º Congreso Internacional sobre discapacidad e inclusión”, Mar del Plata, Septiembre 2011. Autor de artículos sobre la materia de Derecho de Familia, entre ellos "Sobre el síndrome de alienación parental en la mediación" (Fojas Cero). Autor de capítulos sobre mediación en "Nuevas formas de dominio y solución de conflictos", La ley, 2001; “La sana injerencia del Estado en las Políticas de

salud: la urgencia de premisas comunes" ElDial.com (07/06/2012); " Salud Mental: definición y Alcance bajo la Ley 26657- Una visión interdisciplinaria- " ElDial.com (13/09/2012); "Insanía e inhabilitación", Ed. Centro Norte, año 2005; "Insanía e inhabilitación: aspectos sustanciales y procesales- incluye normativa Ley de salud mental 26.657", Ed. Centro Norte/ Carlos Vicino Editor, enero 2011. Co-autor "Ley Nacional de salud mental: N° 26.657, Comentarios Interdisciplinarios", Ed. Centro Norte, Carlos Vicino Editor, agosto 2011. Actualmente, cursando materias de posgrado en la carrera de especialización en Política y Gestión de la salud mental (Coneau, Res. 408/404).-

(*)

Todo nada todo todo tengo no el allí	concluye tiene es llanto	puede que eterna en	al un la la	fin escapar final termina comprender vida risa termina.
Todo que termino empiezo creyendo fracaso	al	me final cada cada en	de	demuestra cuentas día día mañana hoy.
No si de si inútil no lo no	es que que que	puedo que después es puedo sera	yo así vale hoy	entender verdad ganar perderé pelear detenerlo empecé eterno.

[3] Carranza Casares, Carlos A. (2007) *Salud mental y derechos humanos a concretar*. EDUCA. Buenos Aires. pp 56-57.

[4] Debemos agregar que la propia Ley ha establecido que el 10% del presupuesto de salud debe ser destinado a la salud mental.

[5] Alonso Sainz, Guillermo C. (2005) *Insanía e inhabilitación: aspectos sustanciales y procesales*. Ediciones Centro Norte. Buenos Aires.

[6] Alonso Sainz, Guillermo, Mónica Orlandelli, Guadalupe Salinas y Débora Otero, (2011) *Ley Nacional de Salud Mental N° 26657: comentarios interdisciplinarios*. Ediciones Centro Norte. Buenos Aires.

Citar: elDial DC196C

Publicado el: 17/10/2012

copyright © 1997 - 2025 Editorial Albrematica S.A. - Tucumán 1440 (CP 1050) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina