

Reflexiones sobre el acceso a la salud mental en poblaciones vulnerables

Reflections on access to mental health care in vulnerable population

Matías N. Tonon*

RESUMEN

El acceso a la salud mental en poblaciones vulnerables es un tema crítico que refleja desigualdades en la distribución de los recursos que, de por sí, ya son limitados. En estas líneas se presenta una reflexión sobre algunas posturas y su vinculación con los principios bioéticos, junto al desafío económico que implica la asignación de los recursos disponibles, respetando y reconociendo el valor intrínseco de cada individuo y de su dignidad. Sin lugar a dudas, una adecuada redistribución de dichos recursos mejorará el acceso al diagnóstico y al consecuente tratamiento, superando las restricciones provocadas por el círculo vicioso de la pobreza, que hace a la mayor prevalencia de trastornos mentales en estos sectores de la sociedad.

PALABRAS CLAVE: salud mental, poblaciones vulnerables, bioética, recursos, economía

ABSTRACT

Access to mental health care in vulnerable populations is a critical issue that reflects inequalities in the distribution of resources, which are already limited. This paper

* Abogado (USAL). Especialista en Derecho Penal y Ciencias Penales (USAL). Especialista en Abogacía del Estado (ECAE). Docente adjunto en las materias Instituciones de Derecho Privado; Derecho de Familia; Derecho de las Sucesiones; Derecho de Familia Profundizado; Electiva I, Bioética (Facultad de Ciencias Jurídicas, USAL). Prosecretario letrado en el Consejo de la Magistratura del Poder Judicial de la Nación.

presents a reflection on certain perspectives and their connection to bioethical principles, alongside the economic challenge of allocating available resources, while respecting and acknowledging the intrinsic value and dignity of each individual. Undoubtedly, an adequate redistribution of these resources will improve access to diagnosis and, consequently, to treatment, overcoming the restrictions caused by the vicious cycle of poverty, which leads to a higher prevalence of mental disorders in these sectors of society.

KEYWORDS: *mental health, vulnerable populations, bioethics, resources, economy*

I. Introducción

Cuando conectamos a la salud mental con la bioética emergen diferentes vertientes sobre las cuales indagar, desde cuestiones vinculadas a la problemática clínica (rechazo a tratamientos, ingresos hospitalarios, tratamientos involuntarios) hasta inquietudes relacionadas con la investigación (estándares éticos, consentimiento informado, uso de placebos). Pero hay otras problemáticas que, si bien pueden estar más vinculadas a políticas de salud pública, no por ello no se ven atravesadas por la bioética.

Una de esas circunstancias se vincula con el desafío tendiente a analizar la distribución de los recursos aplicables, máxime cuando debemos considerar cómo las desigualdades afectan a las poblaciones marginadas, las cuales enfrentan habitualmente escollos adicionales para acceder a servicios de salud mental adecuados.

Las disparidades en salud mental son significativas, lo que evidencia que la falta de acceso equitativo a los servicios de salud mental de calidad por parte de poblaciones de escasos o nulos ingresos ha de perjudicar su situación sanitaria, ya que existen obstáculos que les impiden acceder a instalaciones adecuadas, diversidad de elección de

profesionales competentes para la atención e incluso prolongadas demoras para lograr obtener una consulta con el galeno.

Bajo esos parámetros intentaré argumentar respecto a si efectuando una mejor distribución de los recursos disponibles se puede lograr ampliar la infraestructura de acceso y atención de la salud mental en poblaciones postergadas —con escasos o nulos ingresos— de la comunidad.

II. El derecho a la salud

El vocablo salud —dentro de la expresión derecho a la salud— lleva, *prima facie*, a un concepto impreciso. La Organización Mundial de la Salud ha definido como tal “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (Organización Panamericana de la Salud, 1991, p. 23).

No se puede concebir el concepto como la obligación de mantener en todo momento el estado de salud, pues ello colisionaría con circunstancias naturales. No habría forma de que el derecho se imponga al deterioro natural de la vida humana, lo cual no obsta a que un elemento esencial de la aplicación del derecho subjetivo a la salud sea la calidad de vida.

En tal sentido, el derecho a la salud conlleva dos aspectos delimitados: el primero, compuesto por aquellas obligaciones que buscan evitar que la salud sea dañada, ya sea por la conducta de terceros o por otros factores controlables (epidemias, prevención, campañas de vacunación). Mientras que el segundo está integrado por las obligaciones, cuya finalidad sea asegurar la asistencia médica una vez producida la afectación en la salud. Aquí aparece la necesidad de planificar y prevenir los recursos necesarios para intentar satisfacer los requerimientos de salud de la población, sin dejar

de tener como norte que ningún derecho es absoluto, sino que todos se encuentran sujetos a las normas que reglamenten su ejercicio (Agramovich & Courtis, 2001).

El derecho a la salud pertenece a la esfera de la primera generación de derechos, definidos como derechos personales que todo ser humano necesita para su existencia. Por tanto, su ejercicio efectivo implicará que se le brinden los servicios médicos correspondientes para conservarla o recuperarla, mediante la atención primaria de la salud que brinda, en última instancia, el Estado, a través de diferentes actores conforme la normativa reguladora. Ahora bien, la creciente demanda y el aumento considerable y constante de los costos asociados al sistema de salud han llevado a que la distribución de los recursos se convierta en un foco de conflictividad.

A esta situación no le escapa lo concerniente a la salud mental, cuyas posibilidades de acceso al sistema son aún más complejas, ya sea por cuestiones de autonomía y competencia, por la concurrente estigmatización e inclusive por insuficientes propuestas de diagnóstico y/o de terapia, como así también por los recursos efectivos que desde las políticas sanitarias se destinan a esta materia, máxime en aquellas áreas postergadas por cuestiones socioeconómicas de la comunidad. Por ello, una mirada desde la bioética sobre el tema podría permitir encontrar ese equilibrio necesario entre esa distribución “en la escasez” con la protección del elemento sustancial básico del ser humano, su dignidad.

II. 1. Acceso a la salud y principios éticos

Las disparidades socioeconómicas generan brechas significativas en el acceso a la atención de enfermedades mentales. Desde una perspectiva bioética, dicha circunstancia confronta con algunos principios éticos. El primero de ellos es el principio de justicia, que, en su concepción clásica —ya brindada por los juristas romanos, en

especial por Ulpiano— consiste en la perpetua y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo. Mientras que se define a la justicia distributiva —principio más adecuado al tema en análisis— como la distribución equitativa y adecuada de los recursos.

El segundo principio involucrado es el de beneficencia, el cual concierne a la búsqueda de manera activa de promover el bien y amerita que esa búsqueda se dirija a promover el bien para la mayor cantidad de individuos posibles. Asimismo, otro principio que podría sumarse es el de subsidiariedad, que involucra a las acciones de la comunidad con respecto a cada miembro. En otros términos, la obligación de ayudar al que tiene mayor necesidad (Casas, 2003).

La adecuación de estos principios en la distribución de los recursos en salud no tendría mayores escollos si estos fuesen ilimitados, pero la realidad es que los recursos son lo contrario, es decir, son limitados. Por tanto, la importancia de lograr una mejor distribución de esos recursos para lograr mayor alcance en términos de estas poblaciones marginales se torna esencial.

En tal sentido, una distribución más equitativa y con un enfoque inclusivo permitirá que ese grupo vulnerable referido pueda llegar a atravesar la brecha significativa de accesibilidad en la atención mental. La salud mental es un aspecto integral de la salud humana y debe ser considerada también entre las opciones primordiales.

La falta de igualdad en este aspecto lleva a que no reciban asistencia de ninguna clase, impactando de manera negativa en la calidad de vida y en la congruencia social, repercutiendo en la salud física, las relaciones interpersonales y la integración social, lo cual en estas poblaciones sería provocar un agravamiento de las ya existentes vulnerabilidad y estigmatización.

Bajo ese parámetro, es claro que la necesidad ha de jugar un papel importante en la distribución de los recursos. La necesidad no depende de lo que quiera un agente sino de una realidad, de un fin que, en este caso, trata de evitar un daño o el agravamiento de un perjuicio —en términos de salud—.

II.2. Necesidades propias de la salud mental

Las necesidades referidas a la salud mental son necesidades categóricas que no dependen de deseos, no se pueden evitar porque involucran elementos esenciales del ser humano y su dignidad. Privar de ellos a esta población constituye un daño que debe distinguirse de una mera ausencia de un beneficio de mejor calidad.

En otras palabras, demostrada la existencia de esa necesidad esencial, se justifica el reconocimiento y cobertura, pues la relación entre la necesidad y el recurso no es casual, sino derivada de un deber correlativo. Ahora, cuando se habla de necesidad esencial se debe destacar que se refiere a una necesidad objetivable. El criterio para ello, como se refirió antes, se lo encuentra en que su no satisfacción causa un daño o perjuicio grave. Allí reside la circunstancia por la cual la necesidad resulta fundamental tanto para definir criterio de cuidado sanitario como para acordar modos de distribución equitativos y eficientes.

Partiendo de ello, es claro que la salud mental está presente en todas las actividades del ser humano. Existe un círculo vicioso de pobreza y trastornos mentales que hace a su mayor prevalencia, ya que la insuficiencia de los sistemas de prevención y tratamiento tiene repercusiones que agravan y perpetúan las condiciones de pobreza de estos grupos vulnerables.

También, las enfermedades mentales no tratadas conllevan un impacto negativo en la salud física y, a la vez, sobrecargan otras áreas del sistema de salud y servicios

sociales, rompiendo el equilibrio ético que se debe fomentar. En ese lineamiento, no quedan dudas de que el tratamiento y la prevención en salud mental deben ser considerados como necesidad esencial y, por tanto, la distribución de recursos disponibles que ponga atención en ello es prioritaria para las comunidades postergadas a las que hice alusión.

Asimismo, esto conllevaría una mejor integración de otros aspectos conexos, como por ejemplo el acceso geográfico, asegurando que las instalaciones y los servicios tengan un mejor alcance en las zonas económicamente desfavorecidas, pudiendo incluso expandir centros de atención y capacitación para aquellos profesionales que puedan cumplir servicios en esas áreas. Esta mejor distribución facilitará la reducción de barreras, lo que posibilita que una mayor cercanía con los servicios de salud mental ayude a una detección temprana de posibles trastornos. Cuando los sujetos pueden acceder con mayor facilidad a la atención, más factible es que se decidan a buscar la ayuda pertinente, lo que también reducirá el surgimiento de estigmatizaciones, pues disminuirá el temor de esa población a sufrir rechazos o discriminaciones.

II.3. Salud y argumentos económicos

Por otro lado, desde una fundamentación económica, también una adecuada distribución reduciría intervenciones más costosas y complejas en etapas posteriores. En particular, puede evitarse el desarrollo de trastornos que requieran, en etapas avanzadas, hospitalizaciones; o que conlleven el surgimiento de situaciones de emergencia o intensidad, que no solo podrían estar vinculadas a aspectos psíquicos sino también a la posibilidad de un deterioro generalizado de la salud o enfermedades físicas secundarias. De la misma manera, también, pueden fortalecerse las capacidades de esas comunidades para apoyar a sus miembros más vulnerables.

Ahora bien, la posible redistribución de recursos en materia de salud mental ha generado a menudo cuestionamientos, como el argumento de que el desvío de fondos de otras áreas de salud podría generar desequilibrios en la cobertura de otras enfermedades. Sin embargo, esta posición denota una visión limitada, ya que no está considerando la interconexión del concepto de salud en su totalidad. Como ya se ha indicado, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones. Por ello, la salud mental influye en la salud física y en la cohesión social, de modo tal que su abandono o falta de atención puede generar una carga mayor que la inversión temprana y la prevención.

Otro cuestionamiento que se hace a la redistribución sostiene que ella pueda ser solo una solución a corto plazo. Vale decir que, si bien puede solucionar el problema urgente, en la práctica pueden darse algunos desafíos significativos, tal como la disparidad en las necesidades del grupo vulnerable. En efecto, puede que esa comunidad vulnerable referida tenga necesidades únicas, específicas o con un enfoque más personalizado que no logren ser satisfechas solo con la redistribución de los recursos disponibles. A ello puede responderse que, si bien es cierto que las necesidades pueden ser diferentes, la redistribución debe adaptarse constantemente para abordarlas y ello implica que se requieren intervenciones continuas.

Por último, también se ha criticado la redistribución, soslayando que podría desincentivar la excelencia y la innovación en la atención, al indicar que concentrar recursos en áreas con necesidades extremas podría descuidar centros de excelencia y limitar la capacidad de innovación en la atención de la salud mental. De todas maneras, desde una perspectiva bioética, una redistribución de los recursos no solo beneficia a las poblaciones de escasos o bajo sustento económico, sino que también fortalece la infraestructura general de salud mental al aumentar la demanda y la utilización de los

servicios en esas áreas poco atendidas, pudiendo fomentar ambientes más colaborativos e impulsando la mejora continua de la calidad del cuidado.

Al adoptar un enfoque inclusivo, se puede construir un sistema de salud mental más equitativo y resiliente, donde los individuos tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de bienestar mental y emocional. Todo ello, en consonancia con la normativa internacional que resguarda los derechos humanos y, particularmente, en la Argentina, sobre la base de la Constitución Nacional y de la Ley 26657, que regula la salud pública —con las objeciones propias que se pueden tener sobre el abordaje y modalidad que en dicha ley se estipulan—.

III. Conclusión

Se ha observado que la salud mental es un aspecto integral del ser humano y, por ende, una adecuada redistribución de los recursos permitirá que esa población vulnerable pueda lograr un mejor acceso a su diagnóstico y tratamiento. De esa manera se superarían las restricciones provocadas por cuestiones de acceso geográfico, económico y social, haciendo más efectivo un principio sustancial en el ámbito de la gestión y de la justicia, tal como lo es el principio de inmediatez.

El principio enfatiza la importancia de actuar rápidamente para prevenir daños mayores y para aliviar el sufrimiento del sujeto; vinculándose así con los principios de justicia, beneficencia y, en especial, con la dignidad humana.

De hecho, la dignidad humana en bioética implica reconocer y respetar la autonomía y el valor intrínseco de cada individuo. Por ende, cuando estos grupos vulnerables de bajo o escasos recursos se enfrentan a barreras significativas para el acceso a los servicios de salud mental, se afecta y compromete su dignidad. Al buscar una mejor distribución de recursos se promueve un entorno donde cada persona pueda

recibir tratamiento con dignidad y sin estigmatizaciones. Un buen punto de partida para alcanzar ello es, sin dudas, el de poder identificar esas necesidades esenciales que cada población ha de requerir, mejorando la calidad de la atención e intentando disminuir los diagnósticos y tratamientos insuficientes.

Referencias

Agramovich, V., & Courtis, C. (2001). El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible, en *La Ley*, tomo D.

Casas, M. (2003). *Sobre la distribución de recursos para la salud: el problema de los costos de los medicamentos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/495/5.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (1991). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en *Documentos Básicos, Documento Oficial n° 240*.

Apartado de normativa

Constitución Nacional

Ley 26657 (de salud pública).