



DR. MARCELO JOSÉ MOLINA | Juez del Tribunal Colegiado de Familia N° 5, Rosario.

La nueva ley de salud mental

1. Introducción

La ley 26.657 (B.O. 03/12/2010) importa para nuestra comunidad en general un profundo cambio paradigmático respecto de la problemática de la salud mental. Sus principales destinatarios son -claro está- las personas que padecen una enfermedad mental, y sus efectos abarcan a su familia, sus amigos y vecinos, a los profesionales de la salud, a los efectores de salud tanto sean públicos como privados y al Estado en sus tres poderes.

El impacto de tan marcada modificación nos obliga a todos a sacudir las viejas estructuras e ir progresivamente adecuando el abordaje de esta problemática a la luz del nuevo esquema normativo, enmarcado nítidamente dentro del respeto por los derechos humanos siendo así consecuente con los Tratados Internacionales suscriptos por nuestro país en la materia. Más allá de ciertas deficiencias que presenta la ley en su redacción o de las carencias de infraestructura y de recursos humanos con los que se cuenta especialmente en el sistema de atención a la salud mental, el giro viene impuesto

por la ley marcando un camino a seguir, debiendo allí el Estado nacional, provincial y municipal ser consecuente con la normativa que se ha promulgado.

La ley se conforma con su propio articulado como así también con los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. En otro orden, para la planificación de políticas públicas la ley considera instrumentos de orientación a la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990.

Tratándose de una ley inserta, reitero, directamente en el esquema normativo de protección de los derechos humanos,

su aplicación debe efectuarse teniendo en cuenta los principios, derechos y garantías tutelados por la Constitución Nacional y, especialmente, los tratados internacionales de jerarquía constitucional receptados en el inciso 22 del artículo 75 de la Constitución Nacional. En tanto los derechos amparados por la nueva ley encuentran tutela directa en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), corresponde también a los jueces efectuar de oficio el control de convencionalidad de las normas a ser aplicadas, conforme así lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso «Mazzeo» (13 de julio de 2007, Fallos 330:3248).

Asimismo, nuestro país ha aprobado mediante ley 25.280 la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de 1999 (B.O. 04/08/2000) y por ley 26.378 (B.O. 09/06/2008) la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, debiéndose recordar lo resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la

Nación en autos Ekmekdjian, Miguel A. c. Sofovich, Gerardo y otros en cuanto a que «la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados -aprobada por ley 19.865, ratificada por el Poder Ejecutivo nacional el 5 de diciembre de 1972 y en vigor desde el 27 de enero de 1980- confiere primacía al derecho internacional convencional sobre el derecho interno» (07/071992, Fallos 315:1492).

2. Los ejes principales de la ley

Nos encontramos frente a una ley que se califica a sí misma como «de orden público» (artículo 45). Desde dicha perspectiva y teniendo en cuenta que una porción importante y sustancial de su articulado se compone de normas de fondo, es claro que su aplicación no depende de adhesiones provinciales o de modificaciones a las normativas locales sobre salud mental¹.

De un modo similar al cambio paradigmático introducido por la Convención Internacional de los Derechos del Niño y particularmente por la ley 26.061 en materia de niñez, la norma parte de la

persona como sujeto de derecho –y no como objeto de protección- concibiéndola como a cualquier otra persona que padece una enfermedad mas reconociendo las particularidades propias de este tipo de dolencias, como así también nuestra propia historia en la materia².

La ley subraya la presunción de capacidad de todas las personas (artículo 3°). Si bien este aspecto no es nuevo (artículo 52 del Código Civil), su especificación dentro del esquema normativa se vincula con la distinta perspectiva que la ley marca en materia de capacidad³ anticipándose a las modificaciones propuestas en la materia en el Proyecto de Código Civil que recientemente el Poder Ejecutivo Nacional presentara al Congreso de la Nación⁴. Tal como sostiene Alfredo Kraut, este cuerpo normativo «procura dotar de ciudadanía a estas personas especialmente sufrientes, con marcada hiposuficiencia jurídica y transformarlas en sujetos plenos de derechos, sean aquéllas interdictas o no, estén o no internadas, estén o no en crisis»⁵

Es desde este reconocimiento de la per-

sona como tal que deben entenderse los derechos que la ley otorga a quienes padecen enfermedades mentales en su artículo 7°, entre los que destaco desde este punto de vista su derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia (inciso b), y a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado (inciso i)⁶.

La ley establece que la problemática de la salud mental es reconocida como un «proceso» y no como un «estado biológico dado», entendiendo a dicho proceso como «determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos» (artículo 3)⁷. Esta concepción marca en sí misma un gran avance en tanto y en cuanto recepta el carácter necesariamente dinámico que debe imprimirse a esta problemática, aún desde la perspectiva del derecho, superando así la inmovilidad y cronicidad que acarriaba llevar en la frente el estigma de ser un enfermo mental.

El artículo 4° inserta, sin mayores hesitaciones, a la problemática de las adic-

ciones dentro del área de la salud mental, estableciendo así un claro mandato a los responsables de las políticas públicas en la materia de abordarlas de modo integral⁸.

En otro orden, la ley modifica el Código Civil en su artículo 482 e incorpora el artículo 152 ter a dicho ordenamiento. La primera de las normas se vincula con las internaciones y la segunda con los procesos de declaración de incapacidad, cuyo desarrollo haremos más abajo.

2.1. La atención en salud mental

La atención en materia de salud mental debe estructurarse y organizarse a partir de ciertas aristas previas en la ley. En ese orden, todos los sectores involucrados deben asegurar:

a) La obligatoriedad de abordaje interdisciplinario (art. 8, 9, 12, 15, 16 inciso a, entre otros)

b) La concreción de los derechos que al respecto prevé el artículo 7°, implicando ello que la atención debe organizarse a

la luz de los mismos:

a. Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud (inciso a)⁹.

b. Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos (inciso c).

c. Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria (inciso d).

d. El derecho del asistido a tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades (inciso k), para lo cual debe garantizarse el derecho de la persona a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento,

según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente deben ser comunicadas a los familiares, tutores o representantes legales (inciso j).

e. Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación (inciso l).

f. Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; (inciso m)

g. Derecho a no ser sometido a trabajos forzados (inciso o) y a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados. (inciso p)

c) La administración de medicación ex-

clusivamente con fines terapéuticos, respondiendo sólo a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental, (art. 12), la que:

a. Se indica y renueva previa evaluación profesional y no de modo automático.

b. Nunca puede suministrarse como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales.

c. Debe promoverse la realización de los tratamientos psicofarmacológicos en el marco de abordajes interdisciplinarios

d) La preferencia por la atención fuera del ámbito de internación hospitalario, basada en los principios de la atención primaria de la salud y orientada al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (art. 9, 11¹⁰), calificándose a la internación como un último recurso terapéutico (art. 14)

e) El derecho a la información de la persona que padece enfermedades mentales o adicciones a través de medios

y tecnologías adecuadas para su comprensión y la plena vigencia respecto de ellos de las normas sobre consentimiento informado para todo tipo de intervenciones (art.10)¹¹. Al respecto, el artículo 7° consagra el derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas (inciso g), y a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso (inciso f).

3. El abordaje interdisciplinario

La ley pone el acento en el abordaje interdisciplinario de la problemática de la salud mental y adicciones¹².

Desde la perspectiva de las disciplinas, si bien el artículo 8° especifica algunas -psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional, su parte final permite la inclusión de otras pertinentes.

Esa concepción interdisciplinaria es desarrollada por un equipo en el que se incluyen no sólo profesionales sino también técnicos y «otros trabajadores capa-

citados con la debida acreditación de la autoridad competente»¹³. El art. 13 otorga igualdad de condiciones para el acceso a cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones a todos los profesionales con título de grado, valorándose para tal fin su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental¹⁴.

El prisma de la interdisciplinarietà también se instala en materia de internaciones, tal como veremos a continuación:

4. Las internaciones

La ley modifica el artículo 482 del Código Civil. Establece como criterio general que el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones no puede ser privado de su libertad personal salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, debiendo ser evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Como veremos más abajo, estas disposiciones también rigen para quienes no

han sido declarados incapaces¹⁵.

Asimismo, pauta que a pedido de las personas enumeradas en el art. 144 del Código Civil el juez puede, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

La ley distingue dos tipos de internaciones: las voluntarias y las involuntarias. En las primeras, la internación se efectúa bajo consentimiento del paciente (arts. 16 y 18), mientras que la segunda es dispuesta por los efectores de salud mental (arts. 20 y 21) o excepcionalmente por el juez (art. 21 Párrafo final), o en aquellos casos previstos por la ley donde una internación voluntaria se transforma en involuntaria.

4.1. Elementos comunes a ambos tipos de internación

En las internaciones deben observarse los siguientes criterios:

1. Es un recurso terapéutico de carácter restrictivo que solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (art. 14).

2. La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (art. 15). La ley brinda al paciente el derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión (art. 7 inc. h).

3. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente¹⁶.

4. En ningún caso la internación puede

ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes (art. 15). Si la prolongación de una internación se funda en dichos motivos el juez debe ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión que crea la ley (art. 18)

5. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica (art. 15).

6. El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez.

4.1.1. Internaciones voluntarias

La persona internada bajo su consentimiento puede en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación (art. 18).

Los requisitos que deben cumplirse –en toda internación– son los siguientes (art. 16):

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la misma, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. La ley reputa válido al consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación; si se pierde la internación deviene en involuntaria¹⁷.

El equipo de salud a cargo debe comunicar al órgano de revisión que crea la ley y al juez aquellos casos en donde la internación voluntaria se prolongue por más de sesenta días corridos, para evaluar si la internación continúa siendo voluntaria (art. 18)

4.1.2. Internaciones involuntarias

La internación involuntaria es concebida como un recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios (art. 20)¹⁸.

Se da en los siguientes supuestos:

1) Cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para la persona en sí o para terceros (art. 20). El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente (art. 23)

2) Cuando durante el transcurso de una internación voluntaria la persona pierde el estado de lucidez y de comprensión de la situación – ya sea por su estado de salud o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas afectándose así el consentimiento informado originariamente otorgado– debiéndose proceder del modo que más abajo describiremos (art. 16)

3) Cuando el juez entienda que una internación voluntaria que se ha prolongado por más de sesenta días corridos debe pasar a considerarse involuntaria (art. 18)

4) Cuando el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla y la internación involuntaria sea dispuesta por el juez (art. 21 último párrafo)

5) Cuando se interne a personas menores de edad o declaradas incapaces, donde debe observarse idéntico tratamiento al de las internaciones involuntarias. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos (art. 26).

6) Cuando las mismas son dispuestas por el juez en lo penal en el marco del artículo 34 del Código Penal.

Las disposiciones de internaciones involuntarias deben cumplir con¹⁹:

a) En el dictamen profesional del servicio asistencial se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente,

debiendo ser suscripto por dos profesionales de diferentes disciplinas que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona internada, uno de ellos debe ser psicólogo o médico psiquiatra (art. 20 inciso a), amén de contar con la evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación previsto en el art. 16;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento

c) Informe de las instancias previas implementadas si las hubiera

d) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar (art. 16);

4.1.3. Intervención del Poder Judicial. Control de legalidad de la medida

Debe remarcar, en primer término, que las internaciones involuntarias no pueden ser dispuestas por el juez, salvo en caso de negativa del efector de salud mental a ordenarlas cumplidos los requisitos establecidos en el art. 20 (art. 21 último párrafo).

El nuevo artículo 482 del Código Civil obliga y faculta a las autoridades públicas para disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Como consecuencia de ello, la mera negativa de la persona no es suficiente para recurrir al juez a efectos de ordenar el traslado compulsivo, sino que dicho extremo debe darse en caso de resistencia manifiesta al traslado o imposibilidad de acceso al lugar donde se hallare la persona. En tales casos, el juez limita su actuación a ordenar el traslado compulsivo a los fines de que la persona sea evaluada por el efector de salud mental, y es éste quien debe decidir si procede o no la internación involuntaria.

Una vez que el efector de salud mental ha dispuesto la internación²⁰ la ley le impone dos obligaciones principales (art. 21):

a) Comunicarlo al juez competente²¹ y al órgano de revisión en el término de diez horas

b) Remitirle al juez todas las constancias

respaldatorias del cumplimiento de los requisitos de la internación previstas en el artículo 20 y ut supra detalladas, en el término de 48 horas.

El juez, dentro de los tres días, debe (art. 21):
a) Autorizar la internación, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

Una vez autorizada la internación involuntaria, el juez debe reevaluar periódicamente si persisten las razones para la continuidad de la medida pudiendo disponer la externación inmediata en cualquier momento. A tal fin debe requerir informes con una periodicidad no mayor a los treinta días corridos (art. 24). Si

transcurridos los primeros noventa días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria el juez debe pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada²².

Como vimos, el alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez, excepto las internaciones realizadas por el art. 34 del Código Penal (art. 23).

4.1.4. El lugar de internación

La ley establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, previniendo al sistema de salud que el rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, es considerado acto discriminatorio en los

términos de la ley 23592 (art. 28)²³.

Por otra parte, y adscribiendo al proceso de desmanicomialización, prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, debiéndose adaptar los ya existentes a los objetivos y principios expuestos en la ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (art. 27)²⁴.

En materia de derivaciones, tanto tratamientos ambulatorios o de internación²⁵, que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde de la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar (art. 30). Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Cuando no hubiese consentimiento de la persona, tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al órgano de revisión

5. El nuevo artículo 152 ter

La nueva ley ha incorporado al Código

Civil el artículo 152 ter que textualmente dice: «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»

El último párrafo del artículo contempla dos aspectos que deben ser previstos en toda sentencia de declaración de incapacidad: 1) La extensión de la declaración judicial de inhabilitación o incapacidad y 2) Las funciones y actos que se limitan a quien padece una enfermedad mental o adicción bajo la perspectiva del mínimo de afectación a su autonomía personal.

5.1. Revisión de la declaración de incapacidad. Vigencia.

La limitación temporal a las declaraciones de incapacidad introducidas por el artículo 152 ter ha suscitado un interesante debate jurisprudencial y doctrinario provocado por la más que deficiente redacción del artículo. Es claro que

cuando se expresa «no podrán extenderse» se está refiriendo a «las declaraciones de inhabilitación o incapacidad» que se mencionan al inicio del artículo. Una interpretación exclusivamente literal arroja como consecuencia que cumplido el plazo de tres años la declaración judicial quedaría sin efecto alguno. Esto importa un claro contrasentido en tanto, si ese fuere el resultado, la persona cuyos derechos eran protegidos por la declaración de incapacidad se vería colocada en una situación de desprotección, en tanto la dolencia mental subsistiera.

En ese orden, el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil, Comercial, Laboral y Minería de Chos Malal, resolvió con fecha 23 de mayo de 2011 que el plazo de tres años es inconstitucional, sobre la base de sostener que «la técnica legislativa utilizada por el artículo 152 ter del Código Civil atenta contra el derecho humano de la causante de recibir asistencia y la tutela efectiva del Estado, sin necesidad de demostrar periódicamente su patología, por lo menos a los fines asistenciales y de la seguridad social»²⁶. Se agregó que «la aplicación literal del artículo en análisis, donde es improba-

ble la existencia de remisión de la enfermedad, obligaríamos a la causante a que cada tres años promoviera y acreditara la necesidad de contar con dicha asistencia».

Kielmanovich sostiene que cumplido el plazo de tres años la sentencia de declaración de incapacidad o de inhabilitación queda sin efecto, «sin que quepa entender que a su vencimiento el mismo se mantendrá o se reanudará por otro lapso igual» dado que de ser así se lo hubiese dicho expresamente²⁷. El autor entiende que las limitaciones impuestas en la sentencia cesan de pleno derecho salvo que con anterioridad alguno de los sujetos legitimados peticione y pruebe la subsistencia de los presupuestos que condujeron a la declaración, fundado ello en que la ley no impone la reconducción de la misma y del principio cardinal de la ley de entender que las personas con padecimientos mentales tienen derecho a que se reconozca que su estado no es inmodificable, agregando a ello la presunción de capacidad, con lo que al vencimiento del plazo el demente o inhabilitado recobra todos sus derechos y facultades.

El artículo debe ser interpretado en el

marco de las convenciones internacionales de derechos humanos vigentes en nuestro país, con especial atención a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y al propio paradigma introducido por la ley de salud mental²⁸.

En ese sentido, el artículo 12.4 de la Convención citada expresa textualmente que «Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias

serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas». Es decir, establece con claridad la revisión periódica de las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica, y es desde esa pauta de la Convención en que debe interpretarse el plazo del artículo 152 ter²⁹.

La interpretación acotada a la literalidad, a modo de plazo de caducidad, arroja una consecuencia nítidamente discordante con el marco convencional citado, debiéndose entonces proceder a integrar debidamente la norma. Pongo de relieve aquí lo sostenido por la Silvia Guahnon y Martín Seltzer en cuanto a que el artículo así interpretado no superaría el test de razonabilidad³⁰.

Como vimos, la ley 26.657 reconoce a quien padece enfermedades mentales y al adicto como sujeto de derecho y no como un objeto de protección, siendo pertinente reiterar el concepto de «proceso» impreso a la salud mental por el artículo 3º. Ese proceso no depende únicamente del aspecto puramente biológico o puramente psiquiátrico sino que son también de vital importancia, a los fines

de las declaraciones de incapacidad, los aspectos sociales, educativos, comunicacionales que rodean al enfermo mental. Así, el solo hecho que nos encontremos frente a una dolencia o patología médicamente irreversibles, no importa de modo alguno que las restantes aristas vinculadas al proceso de salud mental no puedan observar mejorías, avances o retrocesos sin perjuicio de remarcar la necesidad de control también del trato que recibe la persona que sufre enfermedades mentales por parte de quienes se encuentran a su cuidado.

Como consecuencia de lo expuesto, entiendo que cuando la Convención nos habla de que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial, no se refiere únicamente a la evolución de la enfermedad mental como tal sino, precisamente, a los otros aspectos que forman parte del proceso de salud mental.

Por otra parte, la Convención antes mencionada establece que los Estados Parte

adoptarán, a fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables (Artículo 5 apartado 3º) y que para la Convención se entiende por ajustes razonables «las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales». La pauta de «ajuste razonable» no puede ser obviada a la hora de interpretar un artículo de la nueva ley y de integrar la norma debidamente.

El plazo del artículo 152 ter, entonces, no pueden entenderse como plazo de caducidad de la declaración de incapacidad sino como una obligación de revisión periódica de la situación del insano sin que su inobservancia pueda afectar a la persona cuyos derechos fueron tutelados. Ello sin perjuicio a la revisión de la declaración producida con anterioridad o al cese de la misma, en los casos que

así corresponda. No importa de modo alguno la promoción de un nuevo proceso, tal como lo entienden Guahnon y Seltzer en el artículo citado, sino que la revisión debe darse en el proceso originario³¹.

Una práctica similar a la establecida por la ley ha sido pautaada por este Tribunal desde hace unos años al momento de ser solicitado por los curadores la renovación de la autorización para percibir beneficios previsionales o presentar las rendiciones de cuenta, en las que se ordena la realización de un informe ambiental en el lugar donde reside el insano y la presentación de un certificado del médico tratante acerca del estado y evolución del paciente, o en su caso un informe interdisciplinario del efector público de salud mental donde se hallare internado. Partiendo de evaluar positivamente esta práctica, considero que las revisiones periódicas deben disponerse mediante acciones similares conforme cada caso concreto³².

En el caso particular, la revisión se efectuará cada tres años durante los meses de marzo del año respectivo, sin perjuicio de los informes que solicite el Tribu-

nal con anterioridad en caso de considerarse necesario.

La ley no establece un mecanismo de control del cumplimiento de las revisiones periódicas. Si se tiene presente que la principal obligación del curador es cuidar que el incapaz recobre su capacidad, es también una de sus responsabilidades la de instar la totalidad del proceso incluida la revisión periódica de la situación del insano. Sin embargo, la revisión periódica importa también una obligación para el Estado en general, tanto sea de los efectores de salud mental como de quienes se encuentren directamente relacionados con el insano³³.

El Tribunal que integro entiende que a los efectos de la seguridad jurídica y de la inscripción en el Registro Civil, la sentencia de declaración de incapacidad se considera prorrogada en tanto y en cuanto no se ordene el cese de la misma en virtud de las revisiones periódicas dispuestas.

5.2. Alcance de la declaración de incapacidad

Recordemos que el artículo 152 ter establece que la sentencia de declaración de incapacidad debe especificar las funciones y actos que se limitan a quien padece una enfermedad mental o adicción bajo la perspectiva del mínimo de afectación a su autonomía personal³⁴.

En el esquema del Código Civil posterior al dictado de la ley 17.711, la problemática de la salud mental es abordada -casi exclusivamente- desde la perspectiva de la capacidad de las personas. Así, los dementes interdictos -es decir, aquellas personas que sufren enfermedades mentales y que son así declaradas judicialmente- son incapaces absoluto de hecho (artículo 54 inciso 3º) siendo el curador que se le atribuya su representante legal (artículos 56 y 57 inciso 3º). Por otro lado, el artículo 152 bis prevé que pueden inhabilitarse judicialmente a quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio; a los disminuidos en sus facultades cuando no lleguen al supuesto de la incapacidad por demencia -recordar que la categoría demente

es utilizada por Vélez Sarsfield conforme al avance de la ciencia médica de su época- y el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio, y a quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. En el caso de la inhabilitación la regla es la capacidad no pudiendo el inhabilitado disponer de sus bienes por actos entre vivos y sólo otorgar actos de administración, salvo las limitaciones que se le impongan en la sentencia de inhabilitación teniendo en cuenta las circunstancias del caso.

Para el Código Civil la regla es la capacidad de las personas y la incapacidad es la excepción (artículo 52). El segundo párrafo de la ley 26.657 establece que la capacidad de las personas se presume, afirmación que se infiere más allá de su poco afortunada redacción. Esta presunción es claramente receptada en el artículo 152 ter al establecerse la obligación de especificar en la sentencia los actos que se limitan, rigiendo ello tanto para dementes interdictos como para inhabi-

litados. Es decir, si se deben especificar cuáles son los actos que se limitan para los interdictos surge una posible incompatibilidad con el régimen de incapacidad absoluta de hecho establecido en el artículo 54, norma que como vimos no ha sido modificada, tal como lo señalan Julio César Rivera e Irene Hooft³⁵. Estos autores remarcan que, conforme a la tendencia de la legislación contemporánea de preservar, en lo posible, la autodeterminación de las personas con discapacidad, se busca la «sustitución de los regímenes de compartimentos estancos -capaces/incapaces- por otros que administren graduaciones de la incapacidad, de modo que la persona con discapacidad pueda mantener cierto grado de autodeterminación, dependiendo de la menor o mayor gravedad de su estado». Sin embargo, coincido también con Rivera y Hooft, ello no importa que, en ciertos casos específicos, deba declararse la incapacidad de hecho para la generalidad de los actos de la vida civil³⁶.

6. Conclusiones

La ley 26.657 es la consecuencia de una

concepción que en materia de salud mental pone el acento en el ser humano que sufre una enfermedad mental o padece adicciones al que trata como persona y como sujeto de derecho, y que encuentra un desarrollo claramente identificado con los tratados internacionales sobre derechos humanos tanto en el ámbito internacional como desde hace algunas décadas en nuestro país.

El mayor impacto de la ley recae, claro está, en el sistema de salud en general y en particular en el dirigido específicamente a la salud mental. La política de desmanicomialización no será de sencilla implementación, mas nuestro país cuenta con importantes experiencias al respecto como lo son la implementada en la provincia de Río Negro y las que con tanto esfuerzo y empeño se viene dando en nuestra provincia desde la sanción de la ley 10.772 en 1991.

En el ámbito del Poder Judicial y específicamente en el fuero de familia se imponen sustanciales modificaciones, tanto en lo que hace a los procesos de declaración de insania como al tratamiento

de las internaciones psiquiátricas y, en general, al abordaje que se hace de la situación de las personas adictas y sufridores mentales.

Un poco más allá y vinculando esta normativa con la establecida en materia de niñez, es claro que las respuestas esperables de los magistrados en cuanto hace a los niños, a los adictos y a los sufridores mentales ya no se ven satisfechas mediante los viejos esquemas sino que requieren una actitud activa, participativa y abierta.

En ese sentido, el control de legalidad que la ley impone sobre los actos de la administración pública y de los efectores de salud públicos y privados supera con creces la vigencia del antiguo principio dispositivo que aún prevé nuestro ordenamiento ritual. Así, la relación fluida del Poder Judicial con el Poder Ejecutivo y el Legislativo, la formulación de acuerdos y la coordinación de acciones tanto con las autoridades públicas como privadas, son imprescindibles a la hora de brindar un mejor servicio de justicia, tal como lo ha propiciado nuestra Corte Suprema de

Justicia en materia de niñez mediante la participación en el Consejo Provincial de Niñez como en otros estamentos similares. En ese orden, nuestro Colegio organizó en junio de este año el Primer Encuentro de Jueces y Funcionarios del Fuero de Familia en la Ciudad de Rosario en el que confluieron en distintos talleres de trabajo los jueces y secretarios del fuero de familia y las autoridades provinciales de niñez y nacionales y provinciales de salud mental a efectos de debatir las dificultades propias de la implementación de la nueva normativa y lograr superarlas ■

¹ El artículo 6° indica claramente que los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la ley. En nuestra Provincia rige la ley 10.772 del año 1991. Si bien la misma contiene normas vinculadas al esquema normativo anterior, los principios en que se sustentara permiten adecuarla jurídicamente al nuevo sistema sin mayores dificultades.

² El párrafo final del artículo 3° establece que en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva del status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; de demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevaletentes en la comunidad donde vive la persona; de la elección o identidad sexual; o de la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

³ El artículo 5°, v. gr., pauta que la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

⁴ El artículo 23 del Proyecto reconoce capacidad de ejercicio (hasta ahora «capacidad de hecho») a toda persona humana, excepto las limitaciones expresamente previstas en el Código y en una sentencia judicial. El inciso a del artículo 31 establece la presunción de capacidad de ejercicio de toda persona humana aún cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial. En cuanto a la amplitud del concepto de capacidad jurídica previsto en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, el actualmente vigente y el proyectado, ver IGLESIAS, MARÍA G. «Capacidad jurídica: restricciones a la capacidad en el Anteproyecto de Código Civil. Entre la incapacidad y los apoyos», JA, 2012-II.

⁵ ALFREDO KRAUT, «Derecho y salud mental. Hacia un cambio de paradigma», La Ley, 6 de junio de 2012.

⁶ Los restantes derechos enumerados en el artículo 7° son referidos en esta nota al tratar los distintos aspectos de la ley.

⁷ El artículo 7° inciso N prevé el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

⁸ En el Proyecto de Código Civil y Comercial que

recientemente ingresara al Congreso de la Nación, el artículo 32 habilita al juez a restringir la capacidad de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o sus bienes.

⁹ Al respecto debe tenerse presente lo ordenado en el artículo 29 en cuanto a que, a efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. El artículo también establece que la sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no releva al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. La ley garantiza la reserva de identidad y las garantías de resguardo a la fuente laboral, como así también que la comunicación no puede ser considerada como violación al secreto profesional.

¹⁰ El art. 11 establece como una pauta de políticas públicas la implementación de acciones de inclu-

sión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria promoviendo el desarrollo de consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

¹¹ Es de aplicación la ley 26.529 (B.O. 20711/2009) cuyo artículo 5° (sustituido por ley 26.742, B.O. 24/05/2012) define al consentimiento informado como la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con relación a ciertos aspectos en él detallados (su estado de salud, procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; beneficios esperados del procedimiento; riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados, etc.

El artículo 7° (conforme ley 26.742) establece que el consentimiento debe ser otorgado por escrito cuando se trate, en otras excepciones al carácter verbal, de una internación y el artículo 9° exime al profesional de requerir el consentimiento informado cuando, entre otras situaciones, mediare una situación de emergencia con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

¹² Entre las reglas generales previstas en el Proyecto de Código Civil y Comercial 2012 se establece que la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial (art. 31 inciso c), exigiendo el último párrafo del artículo 37 que la sentencia declarativa de incapacidad o restrictiva de la capacidad debe contar imprescindiblemente con el dictamen de un equipo interdisciplinario.

¹³ En cuanto a los trabajadores y equipos de salud, el art. 29 promueve la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en ella desde el momento del ingreso de cada trabajador al sistema.

¹⁴ En su parte final el art. 13 asegura a todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales el derecho a la capacitación permanente y a la protec-

ción de su salud integral y manda al Estado desarrollar políticas específicas al respecto.

¹⁵ El artículo 42 del actual Proyecto de Código Civil y Comercial contiene una norma similar: «Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato».

¹⁶ El art. 17 establece que en los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible.

¹⁷ El artículo 19 resalta que el consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente compro-

bado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar hacen pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

¹⁸ El actual Proyecto de Código Civil y Comercial contempla este aspecto en su artículo 41: «Internación. La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede sólo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esta Sección. En particular: a) debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 37, que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad; b) sólo procede ante la existencia de riesgo cierto de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros; c) es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente; d) debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica; e) la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión».

¹⁹ La remisión genérica efectuada a los requisitos del artículo 20 importaría también la necesidad

de contar con el consentimiento informado del paciente, extremo que claramente no se da en este caso. Resta sí la previsión del consentimiento del representante legal. A mi juicio, la falta de consentimiento del representante legal no obsta a la internación involuntaria: la previsión debe entenderse vinculada con lo establecido luego en el artículo 22 respecto del abogado del paciente. Esta norma, de confusa redacción, asegura a la persona internada involuntariamente el derecho a contar con un abogado –que luego es llamado defensor– quien puede oponerse a la internación y solicitar su extirpación. El derecho a su designación reposa en primer término en el paciente o en su representante legal, mas si no lo designaren es el Estado quien debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. Tal como está redactada importa una obligación impuesta al Estado. También prevé la norma que el juzgado debe permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

²⁰ Deben tenerse presente también los supuestos en que una internación voluntaria ha devenido en involuntaria por haberse tornado inválido –así lo califica la ley– el consentimiento informado, y los casos de internaciones de niños o de personas declaradas incapaces.

²¹ En la Ciudad de Rosario y Santa Fe el juez de trá-

mite de los Tribunales Colegiados de Familia y en las restantes jurisdicciones ante el juez con competencia en materia de familia.

²² El artículo 25 también establece que el juez debe dar parte al órgano de revisión transcurridos los primeros siete días en el caso de internaciones involuntarias. Al respecto, debe recordarse que el art. 21 obliga al efector que dispone la internación a informar la misma al órgano de revisión en un plazo de diez horas.

²³ La ley manda al Estado dotar a los hospitales de la red pública de los recursos necesarios a tal fin. Si bien es una indicación que puede entenderse como un criterio de prioridades para las políticas de salud, peca de un cierto voluntarismo en tanto no va unida a una previsión presupuestaria.

²⁴ La parte final del artículo prevé que dicha adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

²⁵ Rige al respecto lo establecido por la ley en materia de internaciones

²⁶ La Ley, 9 de agosto de 2011.

²⁷ KIELMANOVICH, JORGE L. «*El nuevo juicio de in-*

terdicción y de inhabilitación (ley 26.657)», La Ley 2011-A-1136.

²⁸ Recordemos que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 es parte de la propia ley (artículo 2°) y que toda ella es considerada norma de orden público (artículo 6°).

²⁹ En igual sentido, los «Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la salud mental» de Naciones Unidas establecen con claridad que «Principio 1. 6... Las decisiones sobre capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional».

³⁰ GUAHNON, SILVIA y SELTZER, MARTÍN, «*La sentencia en los juicios de insania e inhabilitación a la luz de la nueva ley de Salud Mental*», Doctrina Judicial, 29/06/2011, pág. 93. Ver también GIAVARINO, MAGDALENA «*El alcance temporal del estatus jurídico del padeciente mental. El nuevo artículo 152 ter de la ley 26.657*», La Ley 2011-D-567.

³¹ El artículo 40 del actual Proyecto de Código Civil y Comercial norma: «La revisión de la sentencia declarativa puede tener lugar en cualquier momento,

a instancias del interesado. En el supuesto previsto en el artículo 32, la sentencia debe ser revisada por el juez en un plazo no superior a tres (3) años, sobre la base de nuevos dictámenes interdisciplinarios y mediando la audiencia personal con el interesado». El artículo 32 refiere a la declaración de restricción de capacidad o de incapacidad.

³² Este Tribunal, a partir de la Sentencia N° 523 del 14 de marzo de 2012 (Protocolo del Tribunal) dictada en autos «*V.R. sobre curatela*», Expte. 1246/10, pautó la revisión cada tres años sin perjuicio de los informes que solicite el Tribunal con anterioridad en caso de considerarse necesario.

³³ Desde el caso antes citado, el Tribunal exige al curador la presentación en el mes de revisión de un informe suscripto por un profesional de la salud mental sobre la evolución del declarado insano en su salud mental entendida en los términos de la ley, debidamente certificado por autoridad competente, como así también dispone registrar por el Actuario los vencimientos respectivos a efectos de proveer lo conducente para que, con la debida antelación, se ordene el cumplimiento de lo establecido, ya sea a instancia de parte, ya sea oficiosamente en su defecto, mandando realizar de un informe ambiental por la Trabajadora Social del Tribunal con noventa días de antelación al vencimiento del plazo de revisión. Este tipo de actuaciones perma-

necen reservadas en la Secretaría actuante.

³⁴ En el Proyecto de Código Civil y Comercial de 2012, como vimos ut supra, el juez puede restringir la capacidad de una persona o declararla incapaz. El artículo 38 se refiere a los alcances de la sentencia y pauta que ésta debe determinar la extensión y alcance de la incapacidad y designar representantes o apoyos. Agrega: «Si el juez considera que la persona está en situación de conservar su capacidad con limitaciones o restricciones, declara los límites o restricciones a la capacidad y señala los actos y funciones que no puede realizar por sí mismo. A fin de que la persona tome su decisión le designará los apoyos necesarios...»

³⁵ RIVERA, JULIO CÉSAR y HOOFT, IRENE, «*La nueva ley 26657 de Salud Mental*» (Abeledo Perrot N°: 0003/015423, SJA 25/5/2011).

³⁶ En el caso «*V.R. sobre curatela*» antes citado, el informe pericial da cuenta de una mujer de más de 40 años que ha vivido siempre con sus padres y que padece síndrome de Down, siendo por ende inmodificable su condición genética mas no su desarrollo y evolución personal, sus vínculos con la sociedad, su inserción comunitaria. En el fallo se puntualizó que los logros de autonomía personal alcanzados por R.V. están relacionados con su vida cotidiana, la relación con su medio, su cuidado per-

sonal y su crecimiento como ser humano, mas no ella no pudo desarrollar elementos que le permitan conducirse con una autonomía similar en relación a los actos jurídicos tutelados por la declaración de incapacidad y por la institución de un curador. Se hizo hincapié en que las habilidades alcanzadas respecto de sus gustos, toma de decisiones sobre algunas cuestiones de su persona, indumentaria, actividades socioculturales preferidas, constituyen aspectos que deben ser respetados por quienes ejercen la guarda, del mismo modo que lo deben ser por quienes ejercen la patria potestad, sin que importe ello la necesidad de especificarlos como fuera del alcance de la limitación general de su capacidad. Así, en el caso particular, se efectuó declaración de incapacidad para la generalidad de los actos jurídicos, tal como surge del artículo 54 del Código Civil.