





EDITORIAL

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), conocida por su siglas en inglés (CRPD), vino a cambiar muchas cosas en variados terrenos. En el nuestro, inaugura un nuevo paradigma que promueve la autonomía del sujeto con una discapacidad mental y deja atrás el viejo modelo tutelar en el que las decisiones eran tomadas por terceros, con independencia de la voluntad del interesado y suponiendo a la discapacidad como un impedimento intrínseco para tomar decisiones. Tres hitos marcan su ingreso en nuestro sistema legal: en 2008 la Argentina ratifica la CRPD, que adquiere así rango constitucional; en 2010 se sanciona la Ley 26657 (conocida como Ley Nacional de Salud Mental), que porta este nuevo paradigma como uno de sus ejes fundamentales; y en 2015 se sanciona el nuevo Código Civil y Comercial Unificado, que también incorpora estos novedosos principios marcando una clara frontera entre pasado y futuro.

La discapacidad no es un obstáculo para ejercer la autonomía, pero ¿qué sucede con la persona que experimenta una alteración transitoria de su estado de conciencia? Estos estados transitorios, que los psiquiatras llamamos “episodios de descompensación mental”, pueden obedecer a diversas causas y cursar con sintomatología variada. En estos casos, la conducta a adoptar en la urgencia psiquiátrica es un punto clave a considerar.

Si, por ejemplo, el estado alterado de la conciencia se debiera al consumo excesivo de alcohol en un sujeto que conduce un automóvil, nadie duda de que el Estado debe intervenir, privando a esa persona de la libertad de manejar su vehículo mientras dure la intoxicación. Si el acento se pone en el resguardo del derecho a la libertad y en el concepto de “dignidad del riesgo”, esa persona que es considerada legalmente capaz pero sufre una alteración transitoria de la conciencia puede quedar desprotegida, abandonada a la posibilidad de que su situación empeore, incluso de un modo irreparable. Esto sucede tanto si se limita una internación psiquiátrica -tomando la negativa a internarse del sujeto descompensado como la expresión genuina de su voluntad-, como si se ordena la finalización abrupta, precoz, de una internación en curso, por circunstancias similares. Empujando a ese sujeto a un riesgo de consecuencias impredecibles, se respeta su derecho a la libertad y la dignidad del riesgo -sin considerar su estado de conciencia actual-, pero a la vez se vulnera su derecho a recibir el más alto nivel posible de atención de su salud mental. Es importante aclarar que a esta zona gris se agrega la falta de recursos reales, desde lo sanitario, para la intervención. Quienes pagan los platos rotos son, en primer lugar, los usuarios y, en segundo lugar, los trabajadores de la salud. Estos últimos cargan la responsabilidad de tomar decisiones en un escenario desbalanceado. El Estado parece haber diseñado una arquitectura institucional con





EDITORIAL

mayores recursos para controlar a posteriori lo actuado que para dotar a los profesionales de la salud de herramientas suficientes para asumir las decisiones sanitarias que la regulación les delega.

Pero hay más. Idealmente, los derechos humanos son un marco conceptual y jurídico que es transversal a las distintas ramas clásicas del Derecho. Pero las internaciones se dirimen en el fuero civil de familia (el mismo que se expide sobre divorcios, tenencias y adopciones), la responsabilidad profesional de los trabajadores de la salud en el fuero penal, y los daños reparables pecuniariamente en el fuero civil patrimonial. Y el entorno penal es un universo muy distante al espíritu de la CRPD, en el que los cambios culturales parecieran venir muy retrasados. Esta desconcertante diferencia entre los paradigmas vigentes en el fuero civil y el penal (y entre sus respectivas variantes) debe ser, de alguna manera, tramitada. Porque a la hora de las responsabilidades penales no se considera la dignidad del riesgo y el derecho a la autonomía sino todo aquello que se podría haber hecho y no se hizo, y el peso suele recaer sobre la figura del médico psiquiatra, y no del equipo interdisciplinario.

Por último, los tiempos. El profesional que atiende una situación urgente debe pensar y actuar en pocos minutos, a veces segundos. Pero sus decisiones, en caso de ser objeto de escrutinio judicial, son evaluadas por decenas de técnicos en un lapso que se prolonga por años. He allí otra discordancia que debe ser reflexionada y desandada.

Las y los psiquiatras tenemos vocación de justicia y vocación de trabajo en equipo. Sabemos que sin normas no hay cultura ni salud mental, y sabemos que nuestra materia de trabajo es tan compleja que precisa de abordajes múltiples, y que ninguno de ellos capta la totalidad del fenómeno sino solo una parcialidad del mismo. No pedimos inmunidad ni fueros especiales. No reclamamos supremacía. Solo pedimos reglas claras para poder ayudar a quienes más nos necesitan en los momentos de mayor vulnerabilidad.

Precisamos un nuevo acuerdo entre quienes hacen las normas, quienes las aplican y quienes trabajamos en el terreno clínico en situaciones que, a veces, requieren de decisiones instantáneas. Lo que está en juego es demasiado importante.

Santiago Levín

