

## EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD MENTAL DE LOS CIUDADANOS

**Manuel Amarilla, presidente del Foro Iberoamericano Ciudadanos y Salud  
(Foro IbercisaIud)**



Manuel Amarilla

### I.- Introducción

En ningún caso me gustaría afrontar una cuestión tan compleja como la señalada sin obtener algún éxito en el objetivo. No pretendo personalmente nada concreto pero si desearía que fuese útil en alguna medida para todos nosotros, los ciudadanos.

Para ello, trato de enfocar el asunto, sin desviarme lo más mínimo, también con la dosis necesaria de aguante emocional, es decir, con total resistencia física y mental persistiendo en el empeño, para conseguir el resultado avanzando hacia donde quiero ir y contando en caso necesario con el apoyo de todos los demás, en concreto si fracaso.

En la actualidad, todavía son pocos los países en los que se considera la salud mental como un derecho de las personas independientemente del estado físico y mental en el que se encuentran en cada momento de su vida.

Aunque hay grandes avances en el estado de la cuestión, el derecho a la identidad, a la dignidad y el respeto a un tratamiento clínico y terapéutico humanizado, así como a su bienestar psíquico, a su integración social y a la no discriminación de las personas, es un problema no resuelto, social, política y jurídicamente.

Hoy las normativas internacionales y nacionales que existen, en especial, las leyes de salud mental intentan sin ninguna duda promover la atención de la Salud Mental con el objetivo básico de lograr la posible recuperación y reinserción de los pacientes-ciudadanos en la Sociedad, olvidando casi totalmente la prevención de las discapacidades y la promoción de la salud.

Los pilares de este sistema son y deben seguir siendo la prevención, la promoción y rehabilitación de las personas.

En consecuencia la modernización de los servicios asistenciales en los países sensibilizados con ésta situación es un hecho incuestionable. Pero se debe tener en cuenta que este fin debe ir más allá de la mejora de los servicios, de la posible desaparición de los psiquiátricos y de las normas de atención.

Quizá debamos cambiar definitivamente de formas de tratar la cuestión y borrar el estigma de la enfermedad mental y fomentar la asistencia dentro de la sociedad, como propugnan numerosos autores.

Es decir, un nuevo enfoque con supuestos y objetivos diferentes a la consideración de enfermos y enfermedad o simplemente en una aceptación más real sin graves consecuencias restrictivas de ningún tipo para el paciente.

No creo sinceramente que los escenarios nuevos idealizados por las leyes de salud mental sean la única solución, dudo incluso que lo sean, pero hay que reconocer que algunas describen un campo nuevo, con nuevas reglas que suponen nuevas formas de abordaje de esta situación social tan enquistada más acorde con los nuevos tiempos y tendencias actuales al respecto.

En el futuro hay que intentar mejorar la confianza del enfermo mental grave o no y de su entorno familiar hacia el sistema sanitario.

Es una tarea de corresponsabilidad de todos los Agentes que intervienen en la asistencia integral del enfermo mental, lo cual no será tarea fácil pero sí, necesaria para un mejor abordaje de la situación de estas personas.

Es un hecho objetivo que en la actualidad los enfermos mentales aún no reciben todos los cuidados que necesitan para mejorar su salud física.

Ya sabemos, que la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión tienen sus propias peculiaridades y dificultades en la asistencia, pero aún así será siempre mucho mejor que se mejore el diagnóstico y su tratamiento clínico y terapéutico para la autonomía y dignidad de estas personas.

La información en salud de estos pacientes-ciudadanos y su psicoeducación mejoraran a pesar de sus dificultades la realidad de vida diaria y futura.

La sensibilización es hoy un valor en alza tanto social, legislativa, y políticamente en muchos países, pero el problema sigue siendo su praxis diaria y su solución, lo cual no se ha conseguido aún en ningún lugar del planeta, ello a pesar de la numerosa normativa al respecto, de carácter internacional como nacionales.

En resumen, el derecho a la salud mental de los ciudadanos no está en la actualidad suficientemente reconocido ni garantizado en ningún lugar, es un hecho objetivo.

## 2.- Derecho a la salud mental en discapacidad intelectual.

El Consejo de Europa define la dependencia como: "El estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica y sensorial, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria".

En las sociedades actuales normalmente se considera al respecto que hay dos colectivos más afectados que son: el de las personas mayores y además el de las personas con discapacidad.

De todas formas no se debe entender que todas las personas mayores, con o sin limitaciones, ni todas las personas con discapacidad sean dependientes.

Es una aclaración precisa pues todavía existen muchas personas que no distinguen bien entre discapacidad y dependencia.

Tenemos el peligro actual de que el término dependencia anule al de discapacidad. Esto está ocurriendo en España sin género de dudas desde la aprobación de la Ley nº 39 /2006, de 14 de Diciembre (Ley de Dependencia). Nunca interesó a nadie tanto la incapacidad ¿ nos preguntamos por qué? La respuesta es sencilla, la cuantía económica a repartir con arreglo a esta Ley.

Independientemente de la realidad de cada Comunidad Autónoma y su acciones en la cuestión de Dependencia, (con casos demasiado graves donde el liberalismo extremo está poniendo en peligro las políticas sociales), la situación que preocupa de verdad a los ciudadanos, es que se están limitando los derechos en salud a los más débiles.

Según se establece en Wikipedia: "La discapacidad es una realidad humana que ha sido percibida de manera diferente en diferentes períodos históricos y civilizaciones.

La visión que se le ha dado a lo largo del siglo XX estaba relacionada con una condición o función que se considera deteriorada al respecto del estándar general de un individuo o su grupo. El término de uso frecuentemente, se refiere al funcionamiento individual, incluyendo la discapacidad física, la discapacidad sensorial, la discapacidad cognitiva, la discapacidad intelectual, enfermedad mental y varios tipos de enfermedad crónica.

Por el contrario, la visión basada en los derechos humanos o modelos sociales introduce el estudio de interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente; principalmente el papel de una sociedad en definir, causar o mantener la discapacidad dentro de esa sociedad, incluyendo actitudes o unas normas de accesibilidad que favorecen a una mayoría en detrimento de una minoría. También se dice que una persona tiene una discapacidad física o mentalmente tiene una función intelectual básica limitada respecto de la media o anulada por completo”.

La Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, promulgada por Naciones Unidas, el día 13 de Diciembre de 2006, es el primer tratado en esta materia del sistema de Derechos humanos del siglo XXI.

Su finalidad es la de proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de todas las personas con discapacidad a nivel mundial.

Numerosos países lo han ratificado entre los que se encuentra España, pero la pregunta básica es: ¿Hasta qué punto las nuevas leyes nacionales de acuerdo con el tratado van a lograr que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos en salud y de todo tipo igual que el resto de ciudadanos?

No vamos a cuestionar por valiosa la historia del movimiento de derechos de las personas con discapacidad por otra parte suficientemente conocido, incluido los dirigidos por activistas pioneros con discapacidad, como Frank Bowe entre otros.

Creemos que el enfoque social de la discapacidad debe seguir el camino de la responsabilidad colectiva de la sociedad para abordarlo y realizar las modificaciones de todo ámbito social, económico, político y jurídico para conseguir la verdadera participación sin límites irreales u obstaculizadores de las personas con discapacidad en todas las cuestiones que afecten a su vida como ciudadanos y salud.

Para este fin se requiere un verdadero cambio social e ideológico y hacer de esta necesidad una cuestión de derechos humanos en su fundamentación.

Quizás el mayor nivel de problemática existe en la gran desinformación que tienen sobre la discapacidad las personas sin discapacidad y que no saben comportarse con la persona discapacitada y sus necesidades.

La sociedad tiene en consecuencia un reto de eliminación de todas las barreras que existan entre personas con discapacidad, y personas sin discapacidad desde el punto de vista de la equidad.

Desde esta nueva perspectiva multidisciplinar estamos intentando reflejar que todos los agentes implicados deben modificar sus comportamientos tradicionales y reorientarlos hacia una nueva visión que de verdad ayude a las personas con discapacidad y restablezca definitivamente su autonomía.

La consideración tradicional médica de la discapacidad no puede en el futuro reducirse a contemplarla únicamente como enfermedad y su tratamiento asistencial, incluido el tratamiento clínico y terapéutico individual por los profesionales.

Siendo muy importantes estos aspectos, la asistencia médica no puede seguir considerándose el único punto relevante de la cuestión.

Las personas con discapacidad tienen y tendrán en el futuro las mismas necesidades y derechos que las personas sin ella y deben ser garantizados. En el ámbito político también se debe evolucionar, pues no pueden seguir siendo las únicas respuestas las reformas legislativas por importantes que sean o la reforma universal de la salud. Debemos tener todos una visión equilibrada y justa sobre la discapacidad.

Es conocido y aceptado que existen varios tipos de discapacidad, nos centraremos sólo en la intelectual o mental por ser el tema que nos ocupa pero no renunciamos a que el mismo planteamiento pueda ser válido para las restantes, es decir física, psíquica, sensorial etc...

La Discapacidad intelectual no ha sido definida como tal. En la actualidad el concepto más utilizado ha sido el que estableció la AAMR (American Association on Mental Retardation), desde 1992: "El retraso mental se refiere a limitaciones en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, estilo de vida propios, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad".

Es más que seguro que esta definición será en breve modificada dadas las dificultades que ha originado este concepto y se suprimirá de una vez el término "retraso mental" para referirse a la discapacidad intelectual.

Lo significativo es que la discapacidad deje de observarse únicamente desde el punto de vista médico y todos los demás agentes que tienen relación e interpretación aporten su perspectiva de esta nueva realidad: Las personas con discapacidad son iguales, social, política y jurídicamente que las personas sin ella y debe respetarse su voluntad y autonomía de la misma forma, salvo circunstancias excepcionales establecidas en la jurisprudencia, pero debidamente justificadas en cada caso individual, de acuerdo con las leyes vigentes.

#### Nuevas tendencias

Algunos reputados autores como Diego González Castañón proclaman con absoluta firmeza que la discapacidad intelectual puede prevenirse y eliminarse y que esta es el resultado del encuentro entre las limitaciones funcionales de una persona y un medio (social, escolar, laboral, familiar e institucional).

Si este mal encuentro no se produjere no podríamos hablar de discapacidad y si pudiéramos evitar o solucionar los malos encuentros de las personas con limitaciones funcionales, podríamos eliminar la discapacidad.

En un más que interesante y futurista artículo titulado: ¿Se puede prevenir la discapacidad intelectual?, fundamenta su postura que comparto.

Concluye que "si el término discapacidad es vehículo para evitar la exclusión social, la dependencia y para fomentar la subjetividad, la autonomía, la alegría de estar vivo y el orgullo por exprimirle a la vida lo mejor que puede darnos, bienvenida sea esa nominación. Si esa palabra sirve exactamente para lo contrario, su artículo tendrá su razón de ser".

Debemos por tanto cambiar nuestra visión de la discapacidad desde una nueva perspectiva: Diagnóstico vital eficaz, excelente intervención de los profesionales, buena organización familiar más precisa, diferenciar la lucha por recuperar la salud de la lucha por compensar o aprender a vivir de las limitaciones funcionales y de lo que es luchar por ser integrado al medio social.

"La discapacidad no tiene por qué durar toda la vida", dice Diego González, y yo digo que la limitación de los derechos en las personas con discapacidad intelectual y de otro tipo tampoco.

Si es así, habrá causa objetiva, pero la mayoría de las ocasiones probablemente no, y entonces seremos todos corresponsables, por muchos tratados y leyes que hagamos, pues serán inoperantes y se hará un grave daño a la salud de las personas con discapacidad por omisión de lo que ha ocurrido en numerosos supuestos hasta la actualidad.

#### III. Derecho a la información, participación y autonomía de las personas con discapacidad. Realidad y futuro.

Los cambios de conducta son muy difíciles y la salud y el bienestar ideales de los ciudadanos del siglo XXI tienen numerosos problemas en su consecución efectiva con todas las garantías para los ciudadanos y en concreto para el ciudadano con discapacidad.

Los derechos humanos y su efectividad aún hoy, es una expectativa pendiente para la sociedad y los ciudadanos independientemente de las restricciones legales y judiciales a su autonomía de la voluntad.

Todo tipo de expertos, asociaciones, gobiernos y organismos internacionales como la OMS, OCDE, y el Consejo de Europa recomiendan la participación de los ciudadanos y los pacientes en las decisiones de salud que les afectan, pero el problema general es su ineficacia.

Desde finales del siglo anterior y principios del siglo XXI, se han realizado todo tipo de proyectos pioneros con el objetivo del derecho a la información en salud, la participación y autonomía de los ciudadanos con resultados tremendamente insatisfactorios, en especial por la verdadera ausencia real de verdaderos cauces reales de participación, situación que perdura en la actualidad.

En todas las iniciativas, desde la Carta de Ottawa sobre la promoción de la salud (1986), la Declaración de Yakarta (1997) sobre la necesidad de traspasar la Promoción de la Salud a la agenda política del siglo XXI como principio rector para los sistemas públicos de salud, la Recomendación REC (2000) 5/ 24 February 2000, sobre " el desarrollo de estructuras para la participación de los ciudadanos y pacientes en los procesos de toma de decisiones que afectan a la salud", hasta el Programa Health 21 de la Organización Mundial de la Salud para la Región de Europa, etc..., han existido los mismos obstáculos y dificultades para el alcance de los objetivos reseñados.

La principal dificultad ha sido y es la verdadera representatividad de los participantes en estos procesos de salud. Asimismo, el de hasta qué punto estos representan intereses individuales o colectivos.

También si su posicionamiento es como consumidor o como ciudadano.

Las ideas sobre los ciudadanos llevan aparejados valores como la democracia y corresponsabilidad compartida, que no las tienen el interés u la consideración de consumidor de un producto del tipo que sea.

En consecuencia en cuanto a la participación real del paciente y ciudadano en la toma de decisiones en salud, deben resolverse algunas importantes cuestiones, entre ellas, la de la asimetría de la información entre expertos, es decir, entre la comunidad científica, empresas farmacéuticas, y de tecnologías, profesionales sanitarios, políticos, etc...y por otro lado, la ciudadanía en general.

Se han intentado muchas soluciones, una de ellas, es redefinir al paciente con o sin discapacidad como experto en su enfermedad y en los efectos de sus tratamientos.

La realidad es que se debe " institucionalizar ya la participación", creando los cauces y estructuras que permitan a los ciudadanos participar en el proceso político, no sólo en cuestiones concretas, sino de forma ordinaria en todos los niveles de decisión de la salud, como por otra parte ya recomendaba en 2005, la OMS Europa, en el informe Health Evidence Network, sobre Patient Decision Aids.

Las experiencias pioneras en este sentido participativo como las Recomendaciones del CANADIAN POLICY RESEARCH NETWORK (Marzo 2006) son sin duda muy convenientes e interesantes para avanzar en la cuestión, en concreto para su análisis pero no la resuelven pues no tienen fuerza resolutoria ni siquiera lo pretenden.

Algunos países han sido más avanzados y pioneros como los nórdicos, en especial Dinamarca y Noruega y otros como Alemania. Con posterioridad la OCDE (2001), en sus Recomendaciones sobre "Citizens as Partners information, consultation an Public Participation in Policy-Making", es decir, sobre información, consulta y participación activa en la toma de decisiones en general.

Los gobiernos de todas formas tienen que crear en el futuro inmediato un entorno de apoyo efectivo a la participación y a la responsabilidad de las personas con discapacidad o sin ella en la toma de decisiones relacionadas con la atención de la salud.

Y desde luego dentro de este ámbito de salud, la información y el derecho a las mismas es una asignatura pendiente. Por ello:

La información debe ser accesible, eficaz, segura, fácil de entender, y por supuesto relevante.

Se deben mejorar y garantizar los cauces de comunicación y la forma y contenido de la información, adaptarse a las personas y garantizar a las que se dirigen en contenido concreto.

Los derechos en salud de los pacientes en salud deben ser continuamente eficaces y deben crearse mecanismos legales para hacerlos cumplir.

Las consultas en salud, así como las recomendaciones son necesarias para el conocimiento de la realidad que nos ocupa pero ha llegado el momento de las soluciones, pues los ciudadanos y su salud las demandan. Las sociedades y alianzas de pacientes nacionales e internacionales también deben aplicarse en el mismo fin.

Pretendemos que de una vez se reconozca que: (Propuestas Eupharlaw a la UE)

Los derechos en salud, son principios, valores, que protegen y afirman las características de los seres humanos, basadas en la dignidad y el valor de la persona humana. En definitiva, se trata de un derecho natural.

Los derechos humanos en general y su salud en concreto, pertenecen a todos sin desigualdad ni discriminación.

La salud es el estado en el cual la persona puede satisfacer sus necesidades sin excesivas dificultades.

Todos los derechos humanos y también en salud, se justifican en las necesidades de las personas por ser tratadas de una forma que respete su razón de ser humano, su calidad como persona, sus principios, sus virtudes, etc...

La salud es necesaria para que el ser humano se desarrolle en una armonía física y mental y no sea discriminado laboral, social, ni políticamente.

Todas las personas con discapacidad si pueden consentir por si mismos no deben ser discriminados en cuanto al derecho a la información y participación en salud y cuando estén incapacitados legalmente lo harán sus representantes legales.

Las personas menores de edad que no hayan cumplido los 12 años deben ser informados en salud según su grado de madurez y a partir de ese momento con arreglo a las leyes de autonomía vigentes.

El profesor Sueco, Karl Grunewald en 2004 ya decía:

- "Cierren las instituciones para las personas con discapacidad intelectual; todos podemos vivir en sociedad abierta.
- Todos los hombres son nacidos libres e iguales en dignidad y derechos. (ONU-1948).
- Y una sociedad que discrimina a sus ciudadanos discapacitados es una sociedad discapacitada.
- Los derechos humanos solo son si se refieren a todos".

En este sentido suscribo, las manifestaciones recientes (DM- 26 de Abril de 2.010) del Fiscal del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, Gonzalo López Ebri: "La relación causa-efecto entre incapacitación y discapacidad debe terminar, pues estas personas tienen dignidad y derechos".

4. Breve análisis de la situación de la Unión Europea e Iberoamericana en salud mental y en discapacidad intelectual.

La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad.

Qué duda cabe de que la discapacidad intelectual conlleva una disfunción de la salud mental pero no son conceptos ni situaciones identificables absolutamente. Ciertamente es que cualquier persona afectada por una alteración de salud mental ha de conservar sus derechos civiles y la discapacidad intelectual tampoco puede ser un motivo de discriminación en ningún caso.

Pero identificar la discapacidad intelectual con enfermedad mental es básicamente erróneo y nos lleva a políticas equivocadas y limitadas a la hora de satisfacer los derechos de todos los ciudadanos sea cual sea su discapacidad.

Una enfermedad, clasificada como tal, exige políticas con carga mayormente asistencial, incluyendo la prevención primaria y la rehabilitadora, mientras que la atención a la discapacidad, siempre ha de tener un enfoque primordial preventivo, y de integración y de normalización de su vida y de sus derechos.

En el informe de 2004 sobre el estado de salud mental en la Unión Europea («The state of mental health in the European Union») se llegaba a la conclusión de que tal estado no era uniforme en todos los Estados miembros, lo cual es reflejo de la diversidad existente entre los países en cuanto a situación, tradiciones y culturas, en general en todos los países persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con alteraciones o discapacidades psíquicas, lo cual pone en entredicho valores europeos fundamentales.

Estas políticas de satisfacción e igualdad de derechos en la discapacidad intelectual analizadas país a país europeo son diversas y ninguna soluciona absolutamente el tema, en este breve resumen destacamos Alemania con una política basada en la participación activa de las organizaciones no gubernamentales, mientras que Francia trabaja desde un modelo administrativo centralizado, Reino Unido es quien tiene quizás las normativas más avanzadas antidiscriminación y Suecia que garantiza las mayores prestaciones dentro de su modelo ya conocido de estado de bienestar, estos países tienen políticas avanzadas aunque diferentes pero ninguno de ellos llega a la raíz de la verdadera integración cultural de la discapacidad intelectual ni de las personas con alteraciones de salud mental que como ya hemos dicho no son siempre sinónimos.

La salud mental de la población europea es un elemento importante en la consecución de alguno de los objetivos estratégicos que la UE tiene fijados, como son volver a colocar a Europa en la vía de la prosperidad duradera, mantener el compromiso europeo con la solidaridad y la justicia social y aportar beneficios tangibles a la calidad de vida de los ciudadanos de Europa.

En la Conferencia ministerial europea de la OMS sobre salud mental, celebrada en enero de 2005, se estableció un marco de acción global y se contrajo un compromiso político firme de cara a esta cuestión. Allí se invitó a la Comisión Europea, socia colaboradora de la Conferencia, a que ayudara a poner en práctica este marco de acción, de acuerdo con sus competencias y con las expectativas del Consejo y en asociación con la OMS.

El Libro Verde fue una primera respuesta a esa invitación. En él se propone establecer una estrategia de la UE en materia de salud mental que aportaría un valor añadido: creando un marco de intercambio y cooperación entre los Estados miembros; ayudando a incrementar la coherencia de las acciones emprendidas dentro de las políticas sanitarias y no sanitarias, tanto en los Estados miembros como a nivel comunitario, y permitiendo que participen en la búsqueda de soluciones una amplia gama de partes interesadas.

El mandato para la actuación a nivel comunitario en el ámbito de la salud pública viene definido en el artículo 152 del Tratado CE: «Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana» Las acciones comunitarias complementarán las políticas nacionales de mejora de la salud.

En los últimos años se han emprendido varias iniciativas concretas en el marco de distintas políticas comunitarias. La salud mental ha estado incluida en la política sanitaria de la Comunidad desde 1997, a través de proyectos e iniciativas específicos. El programa de la UE en el ámbito de la salud pública 2003-2008 constituye el fundamento jurídico de las acciones.

Se han abordado entre otros, temas como la inclusión social de quienes tienen alguna discapacidad mental y discriminación por razones de discapacidad en el ámbito del empleo, todas las partes implicadas en los numerosos trabajos realizados sobre este tema coinciden en que la estrategia de la UE podría centrarse en los siguientes aspectos:

- (1) Promover la salud mental de toda la población.
- (2) Hacer frente a las enfermedades mentales mediante la prevención.
- (3) Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas integrándolas en la sociedad y protegiendo sus derechos y su dignidad.
- (4) Desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la UE.

En 2006, el Consejo de Europa comenzó a trabajar en una herramienta europea de referencia para la ética y los derechos humanos en relación con la salud mental.

En España existe una política activa sobre discapacidad, destacaremos el Observatorio Estatal de la Discapacidad con estos objetivos :

Conocer, analizar y difundir información sobre la situación general de las personas con discapacidad.

Fomentar el conocimiento y el intercambio de información con otras instituciones nacionales e internacionales.

Analizar el impacto de las políticas en el colectivo de población de personas con discapacidad.

Promover y sensibilizar sobre los derechos de las personas con discapacidad y fomentar la igualdad de oportunidades, no discriminación y la accesibilidad universal.

Detectar fenómenos o aspectos emergentes en relación con la discapacidad y realizar estudios e investigaciones prospectivas de cómo puede evolucionar esta realidad social.

Analizar las medidas sobre situaciones de riesgo o exclusión social, calidad de vida de las familias y cualesquiera otras cuestiones que afecten a los derechos e intereses de las personas con discapacidad.

Detectar, recopilar y difundir buenas prácticas e iniciativas recomendables en el ámbito de las políticas públicas y las privadas de discapacidad.

La OMS realizó un estudio sobre la situación de la salud mental en 185 países, sus conclusiones y propuestas se articularon en la Declaración sobre la Salud Mental para Europa (Conferencia Europea Ministerial de la OMS sobre la Salud Mental – Helsinki, 12-15 Enero 2005). Las ideas principales de este proyecto se recogen en España dentro de la Estrategia de Salud Mental del SNS, en el que se acepta el modelo comunitario de intervención y se prioriza el aumento de recursos humanos y de inversión en la Salud Mental Pública.

Hay que reconocer que España, va en vanguardia europea en cuanto a la adaptación de la Ley, sobre la Convención Internacional de la ONU sobre la adaptación normativa en discapacidad y de los derechos de las personas con ella, pero la Ley nueva todavía no se ha publicado a pesar del Anteproyecto existente.

Se echa de menos un compromiso claro para aplicar estas ideas y estrategias, ya que para llevarlas a la práctica es preciso revolucionar profundamente estructuras organizativas y profesionales, tanto de formación como de actuaciones sanitarias clásicas y sería preciso trabajar para la evolución cultural, en creencias y costumbres de la sociedad .

La integración de un discapacitado intelectual es algo más que bonificar a la empresa que lo contrate, que es uno de los mayores éxitos que consiguen los gobiernos, es sobre todo una aceptación cultural de la diversidad por todos los estamentos sociales y un cambio en el sistema de valores de la competitividad a la hora de obtener resultados económicos y comerciales.



En Iberoamérica en algunos países como Argentina, Colombia, Chile, Perú, se ha avanzado mucho en leyes de autonomía, y de salud mental en las dos primeras y proyectos de salud mental en las segundas, de difícil aplicación en cuanto a la posible discriminación real de las personas con discapacidad que todavía exista.

Existen no obstante numerosos proyectos muy avanzados de iniciativa privada y probablemente allí sea más fácil culturalmente aceptar el concepto de diversidad y de igualdad pero son países algunos con deficientes estructuras básicas y la igualdad muchas veces no sea posible aún de alcanzar porque la satisfacción de necesidades básicas para todos es la prioridad en la aplicación y desarrollo de sus normativas.

El Fomento de la inclusión social de las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas y protección de sus derechos fundamentales y su dignidad es una excelente estrategia hoy más teórica que real, tanto en Iberoamérica como en Europa.

Concluimos, y volviendo a la Unión Europea, el artículo 13 del Tratado CEE establece un fundamento jurídico para la actuación de la Comunidad en la lucha contra la discriminación por razones, entre otras, de discapacidad. También es necesario que cambien las actitudes de los ciudadanos en general, de los interlocutores sociales, de las autoridades públicas y de los gobiernos, una mejor concienciación con respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas en la vida laboral, pueden generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad.

## Bibliografía

1. Participación de European Pharmaceutical Law Group en el Proceso de reflexión sobre la política de salud de la Unión Europea (2004)  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/strategy/results\\_reflection\\_process\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/results_reflection_process_en.htm)  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/refl/ev20041015\\_co\\_099\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_co_099_en.pdf)
2. Participación de European Pharmaceutical Law Group en la Consulta de la Comisión Europea sobre Salud Mental (2006)  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mentalgp\\_contributions\\_en.htm#4](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mentalgp_contributions_en.htm#4)  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_co041.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_co041.pdf)
3. Participación de European Pharmaceutical Law group en la Consulta de la Comisión Europea sobre información al paciente sobre medicamentos (2008)  
[http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/pharmaceuticals/files/patients/docs/summary\\_publ\\_cons\\_220508\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/pharmaceuticals/files/patients/docs/summary_publ_cons_220508_en.pdf)
4. Derecho a la salud mental. La Nación de 25.11.2000. <http://www.genaltruista.com/notas/00000043.htm>
5. Wikipedia, la enciclopedia libre. <http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad>
6. ¿Se puede prevenir la discapacidad intelectual?. González Castañón, D.  
<http://cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/rmart1.htm>
7. Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios. Documento de trabajo nº 31. Fundación Salud Innovación Sociedad.  
[www.fundsis.org](http://www.fundsis.org)
8. “La relación causa-efecto entre incapacitación y discapacidad debe acabar”. Diario Médico de 26.04.10  
[www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)
9. Declaración de los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS, reunidos en Conferencia Ministerial celebrada en Helsinki del 12 al 15 de enero de 2005.
10. Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”. COM(2005) 484 final.
11. The State of Mental Health in the European Union. Comisión Europea (2004)
12. “La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social”. Mº de sanidad y consumo y Castilla la Mancha (2005)
13. Communication “Strategic Objectives 2005-2009. Europe 2010: A Partnership for European Renewal. Prosperity, Solidarity and Security”, COM(2005)12 of 26.01.2005
14. WHO, Strengthening mental health promotion, Geneva 2001 (Fact sheet no. 220)
15. WHO, World Health Report (2001), p. 11. <http://www.who.int/whr/2001>
16. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B: Financial costs of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood, British Medical Journal, 323 (2001), 191-196.
17. The conference established a Mental Health Declaration for Europe and a Mental Health Action Plan for Europe, both for the WHO European Region. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>

18. An overview is given in the publication: “Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public health Programmes 1997-2004”,

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_health\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm)

A list of all completed and ongoing such projects can be found under:

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/project\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/project_en.htm)

19. Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). Official Journal L 271, 09.10.2002

20. Project co-funded from the Community Health Monitoring Programme (1998-2002), implemented by the Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, Paris (2001-2004). The project covered the former 15 Member States of the EU, Norway and Iceland,

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf)

21. Stakes, Finland, <http://www.stakes.fi/mentalhealth/mindful.html>