

DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL. TODAVÍA HAY MUCHO QUE HACER: DEFENDERNOS

Andrés Torras García

*Gerente de la Federación Madrileña de Asociaciones pro Salud Mental (FEMASAM).
Presidente de Asociación Bipolar de Madrid (ABM).*



Fuente: sicopliegue.blogspot.com

*Dices que repito algo que ya he dicho.
Lo diré otra vez ¿Volveré a decirlo?
Para llegar adónde estás
desde el lugar en el que no te encuentras,
deberás seguir un camino
en el que el éxtasis no existe.
Para acceder a lo que no conoces
debes seguir una senda de ignorancia.
Para poseer lo que no posees
debes recorrer el camino
de la desposesión.
Para poder ser quién aún no eres
debes seguir el sendero en que no estás.
Y sólo sabes lo que ignoras
y lo que no tienes es lo que tienes
y estás donde no estás.*

(Fragmento de los Cuatro Cuartetos T.S.Eliot)

Un primer enfoque de una relación tan compleja como la formada por los Derechos Humanos y la Salud Mental, requiere empezar recordando que las personas que padecen enfermedades mentales graves tienen la misma protección legal con que cuentan el resto de individuos. No debemos olvidar que la creencia de muchas personas les lleva a pensar que eso no es así y están convencidos de que las personas afectadas por una enfermedad mental grave cuentan con menos derechos que ellos. Más preocupante aún es que los propios afectados por estas enfermedades también lo creen así (Una encuesta elaborada en la Asociación Bipolar de Madrid en 2007 reveló que el casi 67% de los encuestados respondían que no a la pregunta ¿Cómo persona con una enfermedad mental grave crees que tienes los mismos derechos que el resto de ciudadanos?). Según esa encuesta, dos de cada tres personas, están convencidas de ser ciudadanos de un nivel inferior al resto. Sin embargo, son sujetos de unos derechos que les confieren el estatus de ciudadanía plena. La estructura que facilita que eso sea así se encuentra en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de Diciembre de 1948 (DUDH), y la Carta Internacional de Derechos Humanos (CIDH) que la desarrolla en su doble vertiente: La del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ambos de 1966. Los citados instrumentos fueron la semilla para todo un desarrollo posterior de la acción civil que contribuyó a labrar el llamado estado del bienestar social en las naciones avanzadas. Resulta pues, como punto de arranque, el derecho internacional más ampliamente aceptado.

Por cuestiones de espacio trataré de realizar una aproximación al derecho a la salud en general y algunos aspectos de los textos legales que debieran garantizarlo y también, más concretamente, a una de sus facetas, la salud mental, advirtiendo de antemano que solamente se puede aspirar a trazar algunas pinceladas u orientaciones genéricas que inviten a un mayor acercamiento al tema por parte del lector del presente artículo que tan amablemente se me brinda la oportunidad de hacer público en el Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM).

Pues bien, continuando con el acercamiento pretendido, tratando de enfocar un poco más, debemos saber que la Constitución Española vigente (1978) reconoce el derecho a la protección de la salud del siguiente modo: en su artículo 43 dice: *“Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”*; y acercándonos más aún... el artículo 49 dice así: *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente en el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”*.

También sabemos que la promulgación de nuestra Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, 25 de abril) dio paso a la llamada Reforma Psiquiátrica y al cierre de los manicomios, sentando así las bases para un cambio de paradigma, abandonando el mero asistencialismo, que solamente contiene y vigila y desarrollando el llamado modelo comunitario de atención, que se definía brevemente en su artículo 20: *Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios: 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría. 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las*

unidades psiquiátricas de los hospitales generales. 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. 4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Los años siguientes se dedicaron a construir esa red de atención sanitaria que permitiera cumplir el antiguo sueño de terminar con la hospitalización psiquiátrica prolongada, esfuerzos acompañados simultáneamente por la construcción de una red de atención social con el mismo objetivo de reducir al mínimo la hospitalización de las personas con enfermedad mental grave. Así, tenemos un modelo comunitario de atención en el que se combinan las asistencias prestadas por los recursos estrictamente sanitarios (Centros de Salud Mental, Hospitales y Centros de Día y hospitales para breve, media y larga estancia) y los de la red de atención social (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Minirresidencias, Pisos supervisados y Equipos de Apoyo Socio Comunitario) y siempre articuladas ambas mediante los llamados programas de continuidad de cuidados, configurando todo ello la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad de Madrid.

Lamentablemente, parece que la estructura no es suficiente para dar cobertura a la demanda requerida, máxime cuando hoy en día no basta conformarse con reducir el número de hospitalizaciones, hoy en día se debe aspirar a trabajar por la recuperación de la mayoría de personas que padecen una enfermedad mental grave. Hay estudios que avalan la posibilidad de esa recuperación, con los apoyos debidos y sostenidos en el tiempo, el llamado paradigma de la recuperación que nos actualiza en aquellos postulados que constituyeron el germen de la rehabilitación psicosocial, dando protagonismo al sujeto y trabajando con él con esperanza, más allá del reduccionismo que cosifica al ser en una enfermedad y sacrifica su identidad.

Si colocamos otro par de lentes de aumento y tratamos de aproximarnos un poco más al derecho a la salud mental y su desarrollo efectivo, nos encontramos con que el **Real Decreto 63/1995**, de 20 de enero, relativo a la **ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud**, que desarrollaba la Ley General de Sanidad en algunos extremos, y que contenía en su **Anexo I, las Prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de**

Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, que establecía, en el apartado dedicado a *Modalidades de asistencia especializada*, entre otras: La atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, y estableciendo que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización.

En la Comunidad de Madrid, algunos aún nos preguntamos por el acceso a esa **psicoterapia**, individual o grupal para los casos de enfermedades mentales graves en el ámbito sanitario y con una continuidad en el tiempo que permita su eficacia y que parecía reconocer nuestro sistema legal como una prestación garantizada. Tal vez, esa notable carencia se deba a una habilidad de nuestro legislador autonómico en el momento de la redacción, pues en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, al definir el **Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid** y las **actuaciones de la Administración Sanitaria**, asegura, en su artículo 16 que, desarrollará, entre otras, las siguientes actuaciones: *La atención integrada de salud mental potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades hospitalarias*, y que, por lo tanto, después de haber ejecutado el traspaso de competencia sanitaria del ámbito estatal al autonómico, parece que se dejó fuera algo tan necesario como es la psicoterapia en todas sus formas. Ahí queda eso... Pero, un paso más, nos conduce a La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 13, al definir las **Prestaciones de atención especializada** dice así: *La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, la educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente (...) y todo ello comprenderá también la atención a la salud mental. Aunque parezca un contrasentido la Ley de cohesión trataba precisamente de establecer una línea divisoria entre las virtudes y las carencias de nuestra Sanidad una vez efectuado el traspaso competencial a las Administraciones autonómicas e impedir las desigualdades en la atención a la salud, recuperando los objetos perdidos... Pero lo cierto es que, aunque uno de los principios vertebradores de la pretendida cohesión era la Equidad, principio que, en la línea de desarrollo del principio*

de igualdad garantizado por nuestra Constitución, debiera garantizar el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio, pues debe afirmarse rotundamente que no lo consiguió. Si comparamos la tasas de profesionales del ámbito de la salud mental, en el ámbito autonómico y nacional (aprovechando también para reflejar las del nivel europeo), veremos como subraya una situación enormemente deficitaria en recursos humanos y que, además, cuestiona y amenaza todos los esfuerzos cosechados en otros aspectos (actitud del profesional, clase intervenciones, manejo de síntomas, empoderamiento del usuario...) al que en definitiva se han dedicado 25 años de trabajo con la ilusión de convertirlo en el soporte ideal...

Profesional	Comunidad de Madrid	España	Europa
Psiquiatras	5,36	6,50	11,10
Psicólogos	3,16	9,90	37,80
Enfermeras	2,11	4,30	18,00
Trabajadores Sociales	1,34	1,90	44,70

(x 100.000 habitantes)

(Nota: No se reflejan otros profesionales (educadores sociales, terapeutas ocupacionales, porque su tasa es menor a 1).

Destaca además que, en la región europea, parece estar más clara la importancia de la intervención psicosocial, y que predomine respecto de la labor más estrictamente médica o farmacológica que sería responsabilidad de los psiquiatras, y que se nos aventaja bastante en inversión económica.

Si la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de 2001 sobre la situación mundial de la salud mental, alertaba sobre la escasez de recursos económicos que se destinan al apartado de Salud Mental del presupuesto global destinado a toda la Sanidad, en la mayor parte de Estados, situando la media en un 2% y recomendando que alcance el 10%, una década después eso continúa siendo una exigencia necesaria para nuestro país y, especialmente, para nuestra Comunidad de Madrid, en la que no se destina más del 1,5%.

En relación al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en relación al derecho a la salud, engloba el concepto de **“más alto nivel posible de salud”** recordando que tiene 4 elementos esenciales: la **Disponibilidad**, es decir, que exista un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la

salud, así como de programas; la **Accesibilidad**: que deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. (Esta accesibilidad tiene a su vez 4 dimensiones: *No discriminación*, es decir, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población; *Accesibilidad física*: deben estar al alcance geográfico; *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: es decir, al alcance de todos (principio de equidad), incluidos los grupos socialmente desfavorecidos; y el *Acceso a la información*: que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud); la **Aceptabilidad**: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados y deberán estar concebidos para mejorar el estado de salud de las personas de que se trate y, por último, la **Calidad**: que reconoce que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, podemos valorar cada uno de nosotros, en base a las experiencias de atención que conocemos, desde las asociaciones de familiares y afectados, los profesionales de la Salud Mental, si eso se cumple, si esas dimensiones configuran las actuaciones de las que son testigo...

Lamentablemente, estos cristales de aumento nos conducen a comprobar (el propio PIDESE ya aceptaba que la naturaleza de los establecimientos, bienes y servicios de salud dependería de, entre otros, de factores como **el nivel de desarrollo de un Estado**, y configuraba los derechos económicos, sociales y culturales como **una obligación condicionada a la voluntad política y la coyuntura económica**), y nos demuestran que el derecho a la salud no se encuentra protegido como un derecho fundamental, sino como un principio rector de nuestra política social y económica, con lo que se encuentra a expensas de las decisiones políticas de nuestras autoridades y, éstas, parece que, últimamente, han convertido la doctrina del más por menos y la búsqueda del rendimiento económico en los grandes postulados de actuación de los poderes públicos, como comprobamos frecuentemente en las noticias de prensa diarias ya y que nos reflejan los resultados de cómo la criatura creada va devorando al monstruo al que antes dio vida... siendo la Administración sierva del Mercado...

No podemos llevarnos a engaño, la sanidad no es igual para todos ni el derecho a la salud garantiza, *a priori*, alcanzar verdaderamente **el más alto nivel de salud posible**, por mucho que la legislación así lo contemple, su consecución depende de la situación económica, de la voluntad política para conseguir que ello sea verdaderamente posible. Pero la atención a la salud mental de las

personas que padecen enfermedades mentales graves y persistentes requiere de una atención integral, bien planificada y coordinada, dotada del número suficiente de recursos y sostenida en el tiempo... en la que resulta ineludible la atención domiciliaria (no como algo residual, excepcional... sino como parte importante del engranaje de atención, con un adecuado número de horas de dedicación), psicoterapias en función de las necesidades individuales concretas y un enfoque verdaderamente holístico y orientado a la curación... La mera prescripción de fármacos sin efectos curativos, tan sólo paliativos, en dosis normalmente excesivas que terminan por constituir una contención química y que genera efectos secundarios perniciosos para la salud no sirve nada más que para perder un tiempo indispensable a la verdadera tarea de recuperación. Todo ello necesita destinar dinero a la Salud Mental.

Espero que este enfoque, las pinceladas trazadas hayan ayudado a una aproximación y mejor visión del panorama. Deben crearse aún muchos recursos y mejorar además en cuestiones que tienen que ver con la planificación y coordinación de los mismos. La crisis económica no hace sino agudizar el riesgo de involución, de *de-construcción* del sistema de bienestar social alcanzado sólo puede aumentar el riesgo de volver a la casilla de salida... como si todo hubiera sido un juego o un entretenimiento sin sentido.

Otro aspecto del que es ineludible tratar para aproximarnos a los derechos humanos y su relación con la salud mental es el fenómeno del estigma, definido por la Sociología como *la condición o atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros, se genera una respuesta negativa, viéndoles como culturalmente inaceptables o inferiores...*, y también, por el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, que lo hace como: pena *infamante, mala fama...*, en definitiva y en el ámbito de la enfermedad mental, la información equivocada, la ignorancia y el desconocimiento configuran unos estereotipos que desencadenan unos prejuicios, compuestos de emociones como el miedo, el temor y el rechazo, y que terminan provocando discriminaciones que conllevan acciones de rechazo, de abuso y vulneraciones de derechos. Las consecuencias son, para el individuo afectado: la pérdida de confianza, el sentimiento de culpabilidad y vergüenza, el temor, la pérdida de oportunidades, el aislamiento, la indefensión, y graves rupturas biográficas... y, para la Sociedad: miedo, abandono, rechazo, abuso, discriminación y vulneraciones legales.

Los expertos consideran que la **Información**, el **Contacto** directo con los afectados y la **Protesta** son las tres herramientas que sirven para combatirlo, aunque, lamentablemente, los úl-

timos estudios también demuestran que los últimos 25 años no han logrado cambiar significativamente la percepción social que se tiene hacia las personas con enfermedad mental y mejorar su consideración social (el 70% de las personas no dejarían a un hijo menor en compañía de una PEM ni siquiera aunque estuviera plenamente recuperado, tampoco le darían trabajo... según un estudio realizado hace 2 años por Hermanas Hospitalarias en Cataluña).

Por añadir algún dato más, según la OMS, el 50% de las personas con problemas de carácter psiquiátrico no busca ayuda por temor al rechazo, por lo que no reciben ninguna clase de tratamiento ni atención, el 95% de personas con enfermedad mental grave diagnosticada no tiene empleo, de los cuales un 70% ya ni siquiera lo busca también por temor al rechazo...

Las violaciones de derechos humanos y el abuso hacia las personas con enfermedad mental son algo frecuente en todo el mundo y condicionan la eficacia de los sistemas socio-sanitarios de atención, y esto último no es algo lejano que sucede en otros lugares y que no nos incumbe, no, esto también sucede en nuestro entorno, como nos recordó el *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental (Octubre 2005)*, documento en cuya Introducción se nos dice: *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.*

En este sentido, también hay que recordar que existe abundante legislación internacional que considera determinadas prácticas que se producen en el ámbito de la atención psiquiátrica como abusivas y degradantes (contención mecánica, hospitalización psiquiátrica involuntaria...), por lo que deberían ser erradicadas de la práctica habitual y establecer las garantías y controles de vigilancia que aseguren la protección de los derechos más fundamentales de la persona. Véase la *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumano y Degradantes* (Resolución 39/1984 de Asamblea General de Naciones Unidas), así como su correlato europeo: *Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes*, que crea además un Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT).

La Resolución 46/119 (1991) de la Asamblea General de Naciones Unidas, aprueba los **Principios para la protección de**

los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, texto que no tiene fuerza vinculante pero que debiera inspirar más de una revisión conceptual en más de un ámbito legal y profesional. Por lo que respecta a la contención, dice así, en su principio 11: *“No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar su propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular d personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder”.*

«existe abundante legislación internacional que considera determinadas prácticas que se producen en el ámbito de la atención psiquiátrica como abusivas y degradantes (contención mecánica, hospitalización psiquiátrica involuntaria...), por lo que deberían ser erradicadas de la práctica habitual»

Juzgue el lector si lo anteriormente transcrito se acerca a la vivencia o creencia personal que tiene del asunto, si creen que la atención de nuestros enfermos mentales es digna y cuidadosa con no lastimar derechos como la integridad física y moral por citar solo alguno... Nosotros, los directamente afectados, que en alguna ocasión hemos sido sujeto de tales prácticas las consideramos aberrantes, traumáticas, más en sintonía con la rotundidad de la Recomendación 1235 del Consejo de Europa (1994), que en su apartado Problemas y abusos de la psiquiatría consideraba, entre otros, que: *No deberá aplicarse la contención mecánica. La utilización de fármacos destinados a la contención farmacológica debe ser proporcional al objetivo perseguido, y no debe infringirse de forma constante los derechos de las personas a procrear.*

Recientemente, en una discusión grupal desarrollada en la Asociación Bipolar de Madrid a (ABM) para conocer más a fondo la realidad de la atención hospitalaria que reciben los trastornos bipolares en la Comunidad de Madrid y en la que participaron 18 personas diagnosticadas por TB, se recogieron testimonios que parecen indicar la pervivencia en nuestros hospitales de ciertas conductas de abuso en las actuaciones profesionales y que aún se aplican contenciones mecánicas que se prolongan por tiempos de hasta 2-3 días, a veces más, y actuaciones en las que la utilización de medicación en dosis anormalmente altas se convierte en una contención química... No podemos demostrarlo, solamente ofrecer testimonios, que quizá sean puestos en tela de juicio antes de ni siquiera considerar el tenerlos mínimamente en cuenta, por venir de quién vienen... Pero quizá los lectores incrédulos deban echar un vistazo al 8º Informe General del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) y en concreto su apartado sobre **Medios de represión**, o al 16º Informe, aquél de 1997 y éste último de 2006, en donde reconoce que esta polémica continúa viva 9 años después y nos reconoce que **“en muchas instituciones visitadas se recurre en exceso a la aplicación de medidas de control”,** y también que **“se debería evitar el recurso sistemático a métodos de represión mecánica o química cuando para calmar a la persona fuera suficiente un breve periodo de control manual en combinación con métodos psicológicos”,** y además, **“Si fuera necesario utilizar métodos de represión química como sedantes, antipsicóticos, hipnóticos y tranquilizantes, éstos deberían aplicarse con las mismas garantías que los métodos de represión mecánica. El personal sanitario debería tener siempre en cuenta los posibles efectos secundarios de dicha medicación sobre el paciente, especialmente cuando se utiliza la medicación junto con la represión mecánica o el aislamiento”.** El CPT observa también como **“con frecuencia se reduce a los pacientes, normalmente recurriendo a métodos de represión mecánica, como castigo por su mal comportamiento o como medio para hacerles cambiar de actitud”,** y para no extenderme más: **“El CPT ha tenido ante sí casos de pacientes a quienes se les han aplicado métodos de represión mecánica días después del cese de la situación de urgencia. Esta práctica, que a juicio del CPT equivale a malos tratos, no está justificada en ningún caso”.**

Si hacer caso a los testimonios de una asociación es aventurado, o quizá es que los pacientes bipolares tendemos a la exageración... al menos espero que pueda dársele más con-

sideración al Comité para la Prevención de la Tortura y de la atenta lectura de sus informes se sigan cambios importantes en el enfoque de estos asuntos... y podamos proceder de una forma adecuada para humanizar verdaderamente la asistencia.

Para concluir recordaré el tercer principio esencial de la citada Ley de Cohesión y Calidad, la **Participación ciudadana**, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias, del que esperamos que se convierta en realidad pronto para las personas que hemos sido afectadas por una enfermedad mental grave, pero aún así continuamos siendo ciudadanos activos y con una personalidad libre que debe ser tratada de forma digna e igualitaria y para ello, estamos convencidos, como reconocía la Declaración de Helsinki en 2005, de que resulta indispensable nuestra participación en el diseño de aquellos planes y políticas en los que se tomen decisiones sobre nuestra atención. Nada sobre nosotros sin nosotros, tenemos oportunidades reconocidas en la legislación más reciente: Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Ley 51/2003, de 2 de diciembre); la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad (13 diciembre 2006, ratificado por España en 2008) y la esperada Ley Integral para la Igualdad de Trato y la No discriminación, en fase de proyecto y pendiente de aprobación parlamentaria, y que si finalmente sale adelante, incluye como motivo de no discriminación la enfermedad, lo que consideramos puede constituir un aliado perfecto para nuestra particular lucha contra el estigma y discriminación en el ámbito de la Salud Mental.

La protesta y la denuncia seguramente sean necesarias para afrontar muchas pérdidas e intentar compensarlas de algún modo, máxime en una Sociedad que opta habitualmente por la competencia y el conflicto antes que por la compasión y la solidaridad.

Y aquí termino, quizá la fotografía final haya quedado algo movida, algunas zonas no tienen nitidez y quizá necesitan de una mayor profundidad o un encuadre distinto, no obstante, espero contribuir de algún modo despertar y mayor interés por la comprensión de las situación legal de nuestra Salud Mental.

Muchas gracias