



Guía JURÍDICA

sobre **SALUD MENTAL**

[RESUMEN EJECUTIVO]

Guía Jurídica sobre salud mental

galicia



Con la colaboración de



Concello da Coruña



Ilustre Colegio Provincial de
Abogados de A Coruña



Universidade de Vigo



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Universidade da Coruña



Universidade de Santiago
de Compostela

Guía JURÍDICA

sobre salud mental

Guía Jurídica sobre salud mental

[RESUMEN EJECUTIVO]

La versión COMPLETA se encuentra disponible en:
www.fundacionsalma.org/castellano/proyectos/Guia_cas



Fundación Salma

Febrero de 2026

Con la colaboración de



Concello da Coruña



Ilustre Colegio
Provincial de Abogados
de A Coruña



Universidade
de Vigo

Universidade
de Vigo



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Universidade
da Coruña



Universidade de
Santiago de Compostela

AGRADECIMIENTOS

Esta Guía ha sido elaborada por iniciativa de la [Fundación Salma](#), gracias al trabajo desinteresado de un grupo muy variado de personas implicadas en las tareas de redacción, edición, traducción y maquetación. Este grupo está compuesto por juristas y por profesorado de las facultades de Derecho de todas las universidades gallegas, y por profesionales especializados en áreas como la Psiquiatría, la Economía y la Hacienda pública, o los Servicios Sociales.

Cabe agradecer especialmente al **Ilustre Colegio Provincial de Abogados de A Coruña**, que ha aceptado difundir la iniciativa desde el primer momento, y que ha dado todo el apoyo necesario para congregarse al grupo redactor inicial, así como a las universidades de A Coruña, Vigo y Santiago de Compostela a la hora de divulgar la iniciativa entre su profesorado. También es necesario agradecer por su gran implicación al Área de **Servicios Sociales del Concello da Coruña**.

Por último, resulta esencial agradecer individualmente a todas y cada una de las personas que han contribuido con la redacción de los capítulos de la guía, por su paciencia a través de las sucesivas reuniones de puesta en común y por su esfuerzo a la hora de compartir su conocimiento. Sin duda este esfuerzo será útil para las personas con algún problema de salud mental y para su sistema de apoyo. A **Laura, Ana, Vanesa, Francisca, David, Patricia, Cristina, Belén, Jessica, Sara, Claudia, Fran y Julio Ransés...** os damos las gracias en nombre de quienes no podrán hacerlo en persona.

Versión COMPLETA online

www.fundacionsalma.org/castellano/proyectos/Guia_cas



Todo el contenido de la presente Guía se encuentra bajo licencia Creative Commons. Esta licencia permite reutilizar, distribuir, remezclar, adaptar y desarrollar el material en cualquier medio o formato, **exclusivamente con fines no comerciales**, siempre que se **atribuya la autoría al creador**.

CC BY-NC-SA 4.0



Objetivos y alcance de la guía	4
CAPÍTULO 1	
Dependencia en el ámbito de la salud mental.....	5
CAPÍTULO 2	
Atención sociosanitaria y continuidad de cuidados. Alternativas habitacionales para personas con enfermedades mentales persistentes	8
CAPÍTULO 3	
Salud mental en el trabajo.....	10
CAPÍTULO 4	
El consentimiento informado y sus excepciones. Internamientos no voluntarios. Las contenciones	11
CAPÍTULO 5	
Personas con problemas de salud mental autoras y víctimas de delitos.....	13
CAPÍTULO 6	
Transparencia y accesibilidad a la información en el ámbito de la salud mental	15
CAPÍTULO 7	
Salud mental infanto-juvenil. Derechos de las personas menores de edad.....	18
CAPÍTULO 8	
Estándares sanitarios definidos. Cumplimiento, desviación y corrección. "estudios epidemiológicos en salud mental"	20
CAPÍTULO 9	
Financiación de la salud mental en los presupuestos autonómicos. Garantía de los derechos sociosanitarios reconocidos en las leyes.....	23
CAPÍTULO 10	
Perspectiva de género en el abordaje y tratamiento de las enfermedades mentales.....	24
CAPÍTULO 11	
Patología dual: adicciones y otros trastornos mentales, y su incorporación en el SERGAS	25
CAPÍTULO 12	
Sostenibilidad económica de la discapacidad: el patrimonio protegido y los beneficios fiscales	26

Objetivos y alcance de la guía

Los problemas de salud mental afectan directamente a casi una tercera parte de la población mundial. Sin la atención adecuada, las situaciones que estos problemas desencadenan pueden desbordar a la persona que las vive, a sus familias y a todo su entorno.

Por su complejidad, la clase de abordaje que requieren estas situaciones sobrepasa con creces la dimensión exclusiva de lo sanitario y se extiende a todos los sectores de la sociedad, incluido el jurídico.

El objetivo principal de esta guía es ayudar a las personas que sufren problemas de salud mental, y a las personas que les dan apoyo, a conocer mejor sus derechos para que puedan hacerlos valer.

Los objetivos de esta guía incluyen:

1. Mejorar el **acceso al conocimiento en materia de derechos** de la población afectada por problemas de salud mental y de su sistema de apoyo.
2. Explorar las **vías de reclamación** pertinentes en caso de vulneración de derechos.
3. Elevar el nivel de información y, con ello, **elevar el grado exigencia de la sociedad civil cuanto a prestación de asistencia y servicios** en salud mental por parte de las Administraciones Públicas.
4. Servir como **punto de partida para posteriores estudios y para el debate** sobre las temáticas tratadas, dentro y fuera del ámbito profesional y de la Universidad, tanto en Galicia como en otras comunidades autónomas.
5. Permitir un **avance hacia una práctica jurídica especializada en salud mental**, capaz de dar respuesta a las numerosas preguntas y demandas en esta materia, no solo de la población general, sino también de profesionales que se dedican a áreas sociosanitarias.
6. Sensibilizar y concienciar a la ciudadanía y a las autoridades competentes sobre los **problemas detectados en el modelo de gestión** de la salud mental en la Comunidad Autónoma de Galicia, y sobre los efectos que estos producen sobre su calidad de vida, con la esperanza de que puedan ser solucionados.

En esta guía se abordan las temáticas relacionadas específicamente con la salud mental que van más allá del análisis jurídico de las figuras de guarda (la tutela, la curatela...), ampliamente tratado en otros documentos y guías enfocadas a ello.

La guía busca **ser accesible para todo el público sin perder el rigor que requiere el enfocar estas situaciones desde un punto de vista legal**. Está ajustada al particular marco normativo de la Comunidad Autónoma de Galicia, pudiendo ser útil para personas en otras comunidades autónomas solo en los aspectos más generales.

Laura Rivas Cao

*Abogada colegiada n.º 4651 del Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña.
www.perezyrivas.com*

El reconocimiento de la situación de dependencia en personas con discapacidad intelectual, problemas de salud mental o daño cerebral adquirido se rige, en términos generales, por los mismos procedimientos establecidos para el resto de la población dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). No obstante, en el ámbito de la salud mental, estas situaciones requieren una atención específica y diferenciada, ya que la falta de autonomía no siempre resulta evidente. A diferencia de otras formas de dependencia, las limitaciones no se manifiestan necesariamente en la capacidad física para realizar actividades, sino en dificultades para planificarlas, organizarlas, iniciarlas o ejecutarlas de manera adecuada y segura.

Los Grados de Dependencia

Según la cantidad y frecuencia de la ayuda necesaria, la dependencia se clasifica en los siguientes grados:

- **Grado I (Dependencia Moderada):** La persona necesita ayuda para realizar varias de sus actividades básicas **al menos una vez al día**, o bien necesita un apoyo intermitente o limitado para ser autónoma. *Ejemplo práctico:* Alguien que puede asearse y vestirse solo, pero necesita que otra persona le prepare la medicación cada día o le recuerde y ayude a gestionar sus citas médicas.
- **Grado II (Dependencia Severa):** La persona necesita ayuda para varias actividades básicas **dos o tres veces al día**, pero no requiere la presencia constante de un cuidador. También se incluye aquí a quien necesita un apoyo muy extenso para su autonomía. *Ejemplo práctico:* Una persona que necesita ayuda y supervisión para salir a la calle, para gestionar su dinero o para mantener una higiene personal adecuada de forma regular a lo largo del día.
- **Grado III (Gran Dependencia):** La persona necesita ayuda para sus actividades básicas **varias veces al día** y, por su pérdida casi total de autonomía, requiere el **apoyo indispensable y continuo de otra persona**. *Ejemplo práctico:* Alguien que, por su estado de salud mental, presenta un alto riesgo de desorientación o de tener conductas problemáticas, y necesita supervisión y guía las 24 horas del día para garantizar su seguridad y bienestar.

El Sistema de Apoyos una vez reconocida la Dependencia

Una vez que se reconoce un grado de dependencia, la persona tiene derecho a recibir ayudas a través del **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**. Este es el sistema público que garantiza esa "red de seguridad".

- **¿Qué ayudas ofrece?** El SAAD tiene una cartera de servicios y prestaciones. Por ejemplo, en Galicia, puede incluir ayuda a domicilio, acceso a centros de día, plazas en residencias o ayudas económicas para el cuidador o para pagar un servicio privado.
- **El Programa Individual de Atención (PIA):** Este es el paso final y uno de los más importantes. Es un documento que funciona como un "**traje a medida**" para la persona dependiente teniendo en cuenta su grado de dependencia, sus necesidades específicas, su entorno personal y familiar y sus preferencias. En él se decide, de acuerdo con la persona y su familia, cuáles son los servicios o prestaciones más adecuados para su situación particular. Este plan es individual, flexible y se puede revisar si las circunstancias de la persona cambian al estar adaptado a la situación concreta de la persona.

Vías de reclamación ante la vulneración de derechos.

- **Dependencia, SAAD y discapacidad:** Reclamación previa a la vía judicial (obligatoria);
- **Deficiencias asistenciales y funcionamiento anormal de servicios:** Demanda judicial; Reclamación de atrasos; Reclamación o queja administrativa; Intervención de los servicios de inspección; Queja ante el/la Valedor/a del Pueblo.
- **Responsabilidad patrimonial:** Reclamación administrativa previa; Recurso contencioso-administrativo.

Del análisis del procedimiento de reconocimiento/revisión de la situación de dependencia y/o del grado de discapacidad en la Comunidad Autónoma de Galicia, así como de la normativa que lo regula, pueden extraerse una serie de conclusiones críticas que evidencian la necesidad de un examen profundo tanto del marco normativo, como de su aplicación práctica.

En primer lugar, **resulta patente la excesiva dispersión normativa existente en esta materia. La regulación se encuentra fragmentada en múltiples normas**, disposiciones adicionales, órdenes y modificaciones sucesivas, con frecuentes correcciones, remisiones internas y derogaciones parciales **que dificultan enormemente su localización, comprensión e interpretación**. A ello también debemos añadir la reciente suspensión de varios apartados de la ley 5/2024 de 27 de diciembre, que han sido objeto de un recurso de inconstitucionalidad. Esta complejidad normativa exige, en muchos casos, conocimientos jurídicos previos para poder identificar correctamente la norma aplicable, lo que supone una barrera de acceso inadmisibles para las personas destinatarias del sistema y sus familias. Sería deseable e incluso recomendable la elaboración de un compendio normativo claro, actualizado y sistemático, que facilite el conocimiento efectivo de los derechos reconocidos y de los procedimientos para hacerlos valer.

En segundo término, **la regulación de los plazos procedimentales y de las vías de reclamación presenta importantes deficiencias**. Las interpretaciones ambiguas y, en ocasiones, contradictorias sobre los plazos para reclamar generan una profunda inseguridad jurídica. Muchas personas solicitantes desconocen qué pueden reclamar, en qué momento y por qué vía, especialmente

cuando el procedimiento se inicia por personas directamente afectadas o por su entorno familiar, sin asistencia profesional. Esta situación provoca que, en la práctica, numerosos derechos queden sin ejercitarse por puro desconocimiento, lo que desvirtúa la finalidad protectora del sistema.

Especial mención merece la regulación del silencio administrativo negativo en el ámbito de la dependencia, el SAAD y la discapacidad en Galicia. La opción del legislador autonómico, amparada en la competencia transferida, de establecer un silencio negativo —recogido expresamente en la disposición adicional sexta, sexta bis y sexta ter de la Ley 13/2008— resulta especialmente criticable. No solo por su carácter restrictivo de derechos, sino también por la incoherencia interna del propio procedimiento, al establecer plazos distintos (tres o seis meses) dependiendo de la prestación o reconocimiento de que se trate. Esta dualidad carece de justificación práctica y complica innecesariamente la defensa de los derechos de las personas interesadas.

Además, la práctica administrativa evidencia que, salvo en los supuestos de tramitación preferente, los plazos legales rara vez se cumplen, ni en el plazo de tres ni en el de seis meses legalmente previstos. Esta circunstancia da lugar a situaciones especialmente graves, en las que, tras haber iniciado la persona interesada las correspondientes reclamaciones por silencio administrativo negativo, la Administración dicta finalmente una resolución expresa, generando confusión, dilaciones indebidas y, en no pocos casos, la pérdida efectiva de derechos económicos. No resulta infrecuente, incluso, que sean los herederos de personas ya fallecidas quienes se vean obligados a iniciar o continuar procedimientos de reclamación con el fin de obtener el reconocimiento de derechos que debieron haberse satisfecho en vida del beneficiario, así como de depurar las responsabilidades económicas derivadas de tales retrasos imputables a la Administración.

Todo ello pone de manifiesto la falta de adecuación del sistema a la realidad social y personal de las personas a las que va dirigido. La dependencia y la discapacidad no son situaciones estáticas: las necesidades evolucionan, se agravan y, en muchos casos, lo hacen a un ritmo muy superior al de la respuesta administrativa. La demora en la resolución y en la efectividad de las prestaciones provoca que las soluciones lleguen tarde, cuando ya no responden a la situación real de la persona solicitante.

Esta problemática debe llevarnos, además, a una reflexión más amplia como sociedad sobre el modelo de atención social que estamos construyendo. **La proliferación normativa, sin una adecuada dotación de recursos materiales, humanos y presupuestarios, evidencia un sistema que, en demasiadas ocasiones, resulta ineficaz en su ejecución práctica.** La falta de personal suficiente y cualificado, la escasa formación específica, la insuficiente supervisión de centros y entidades subcontratadas y la limitada capacidad de control por parte de la Administración **cuestionan seriamente la efectividad real de los derechos reconocidos en la ley.**

CAPÍTULO 2

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS. ALTERNATIVAS HABITACIONALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES PERSISTENTES

Vanesa Cruz Campos

*Abogada colegiada n.º 4037 del Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña.
www.tallerdeabogados.com*

En el ámbito de la salud mental, se ha delegado a las familias el cuidado y asistencia permanente de enfermos graves que, según la legislación en vigor, deberían tener derecho a una alternativa habitacional y un apoyo terapéutico, social o laboral por parte de la Administración.

Las alternativas habitacionales en salud mental forman parte esencial de la atención sociosanitaria y la continuidad de cuidados, y están pensadas para ofrecer alojamiento estable, seguro y adaptado a las necesidades de las personas con trastornos mentales graves que no pueden vivir de forma completamente autónoma, pero tampoco requieren hospitalización. En este sentido, **es imprescindible la coordinación de Sanidad y Política Social, ya que la salud mental no es un tema estrictamente sanitario**. La ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud, en su artículo 14.3 establece que *La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes*.

En Galicia, el desmantelamiento progresivo de plazas públicas de carácter residencial en el ámbito de la salud mental, ha llevado a un abuso y mal uso del concepto de "emergencia social" para ingresar a personas con problemas graves de salud mental en residencias para mayores, en vez de centros adaptados para salud mental, en contra de lo que establece la ley: *el Servicio de Atención Residencial se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma, e intensidad de cuidados que precise la persona*. (Ley 39/2006, de 14 de diciembre). **Seguir ingresando a personas menores de 60 años con problemas de salud mental persistentes en residencias para mayores y con carácter permanente contraviene lo establecido en la legislación actual**.

Por otro lado, también señala la OMS que **una proporción de los trastornos mentales tienen un carácter crónico y, asociadas a la cronicidad se encuentran las necesidades de vivienda y los apoyos sociales a las personas enfermas y sus familias**. Y, sin embargo, los esfuerzos estatales y autonómicos se encuentran muy alejados de esta realidad.

En Galicia, a pesar de que sobre el papel existe una cartera de servicios específica de salud mental, ésta no cuenta con una dotación económica que permita garantizar la continuidad de cuidados de las personas que padecen un trastorno grave y persistente mediante la provisión de los recursos médico-sanitarios y de apoyo social necesarios.

En consecuencia, debería desarrollarse y mejorarse la legislación a nivel estatal y autonómico para dotar de seguridad, continuidad, y de recursos al modelo de gestión de la salud mental.

Si la falta de continuidad de los cuidados o la atención deficiente ha producido un daño o perjuicio real y evaluable (físico, psicológico, social o económico), **se puede iniciar un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Administración.** Para poder interponer la demanda judicial, es obligatorio presentar una reclamación administrativa previa.

En el apartado de Anexos de la Guía completa se adjunta, para presentación presencial: modelo de queja o sugerencia; modelo de queja ante el/la Valedor/a del Pueblo; modelo de recurso potestativo de reposición y de recurso de alzada.

CAPÍTULO 3

SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Francisca Fernández Prol

*Profesora Titular de Dereito do Traballo e da Seguridade Social. Universidade de Vigo.
franfernandez@uvigo.gal*

El trabajo, dada la concurrencia de los riesgos psicosociales, **es causa potencial de desarrollo o agravamiento de trastornos de carácter mental**. Dichas patologías experimentaron, en los últimos años, un aumento muy significativo. El impacto es mayor en el caso de las trabajadoras.

En España, **los trastornos mentales asociados al trabajo han experimentado un aumento muy significativo**. Según datos del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre 2018 y 2024:

- **Las bajas por síntomas emocionales aumentaron alrededor de un 490%.**
- Los diagnósticos de estrés grave experimentaron un crecimiento del 230%
- Los trastornos de ansiedad subieron un 120%

Es obligación del empleador proteger la salud- también mental- de las personas trabajadoras. A tal efecto, debe evaluar los riesgos psicosociales, proceder a su integración en el plan de prevención y desplegar todas aquellas medidas dirigidas a su erradicación o atenuación. Debe garantizar, en particular, el derecho a la desconexión digital de las personas trabajadoras, así como desarrollar acciones de información, sensibilización y formación relativas a los riesgos psicosociales, especialmente en materia de acoso y violencia en el marco de las relaciones laborales.

La persona trabajadora con patologías mentales tiene derecho a no ser discriminada en el marco del contrato de trabajo, **así como**, en su caso, **a la articulación de los ajustes razonables para su óptimo desarrollo**.

La persona trabajadora cuidadora de un familiar o un tercero con trastornos mentales puede acceder, sin discriminaciones, **a las herramientas de conciliación** de la vida personal y familiar: reordenación de horarios, trabajo a distancia, reducciones de jornada, permisos retribuidos y excedencia.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SUS EXCEPCIONES. INTERNAMIENTOS NO VOLUNTARIOS. LAS CONTENCIONES

David Soto Díaz

Profesor Permanente Laboral da área de Dereito procesual da Universidade da Coruña

En caso de personas con trastorno mental grave, la ley determina que estas solo podrán ser sometidas, sin su consentimiento, a intervenciones que tengan por objeto tratar dicho trastorno, en los casos en que no intervenir pueda conllevar un grave riesgo para su salud. Ahora bien, incluso en estos casos es necesario oír al paciente afectado y tener en cuenta su opinión. **Si el paciente se negase a recibir el tratamiento, se podrá abrir un proceso judicial en el que se decidirá si se autoriza o no el tratamiento. En este proceso, el paciente y sus familiares pueden asistir acompañados de abogado.**

El internamiento no voluntario siempre debe ser autorizado por un juez, si no se produce la entrevista entre el juez y la persona internada, o si no se permite ejercer el derecho de defensa por la persona afectada o por sus familiares, o si la orden de internamiento no está justificada, la autorización de internamiento es nula.

La utilización abusiva de contenciones puede suponer un trato degradante para la persona que sufre, particularmente, cuando la contención está injustificada, cuando se aplica de forma prolongada o cuando se aplica de forma indiscriminada. En estos casos, las personas responsables pueden incurrir en responsabilidades tanto administrativas, como penales. En ningún caso se podrá aplicar contención como un castigo, o por conveniencia, por ejemplo, en caso de escasez de personal sanitario o de recursos.

En caso de que el o la paciente del servicio público de salud considere que sus derechos fueron vulnerados:

- Debe interponer una reclamación.
- Otra opción es registrar una queja ante la Valedora del Pueblo.
- Además, si se produjo una lesión psíquica o física al paciente a causa del tratamiento médico, o de cualquiera intervención médica (TEC, contención, etc.), es posible denunciar o querellarse contra la persona responsable, si su actuación fue tan grave como para ser castigada penalmente. Además, en este caso, tenemos derecho a que el servicio de salud nos indemnice por la lesión producida, lo que se deberá exigir en un proceso contencioso-administrativo, para lo que tenemos que ser asesorados por un abogado.
- En caso de que se produzcan hechos que puedan ser delictivos, los fiscales pueden interponer una querrela que abra un proceso penal. De la misma forma, si tienen

constancia de una infracción administrativa, tienen que velar porque se abra expediente sancionador a la persona infractora. Los pacientes y sus familiares pueden ponerse en contacto con la fiscalía y pedirle que investigue, si consideran que están recibiendo un trato degradante como consecuencia de un tratamiento psiquiátrico.

Durante la investigación que se llevó a cabo (en este capítulo de la guía), se pusieron de relieve una serie de carencias legislativas que se estima necesario reproducir. Es lo que las y los juristas denominamos propuestas de *lege ferenda*:

- **Es necesario adaptar la legislación sobre consentimiento informado.** Una regulación armonizada con los nuevos principios que informan la regulación de la discapacidad tendría que restringir con más claridad los supuestos en que no es necesario ese consentimiento.
- **Es urgente una regulación de las contenciones mecánicas y farmacológicas.** Es imprescindible que la regulación establezca la excepcionalidad y temporalidad de las contenciones. También sería muy recomendable que haya que informar, bien a la autoridad judicial, bien a la fiscalía, la adopción de estas medidas y de su finalización.
- **La legislación sobre el internamiento involuntario es también muy mejorable.** Es necesario que se regule la obligación de los jueces de solicitar un informe pericial de oficio, de forma que la única opinión experta que se tenga en cuenta no sea la del equipo médico en que se produce el internamiento. Y es apremiante también reducir la periodicidad de remisión a los jueces de los informes médicos, que hoy se establece en los 6 meses, lo que resulta excesivamente amplio. De la misma forma, es necesario que se establezca que la resolución del proceso debe hacerse mediante sentencia, lo que ampliaría su régimen impugnatorio, permitiendo la casación. Así mismo, podría tener mucho interés que se regule legalmente, y no solo a nivel de instrucciones y circulares internas, el deber de supervisión de los fiscales, de forma que se establezcan pautas concretas sobre las visitas a los centros y unidades psiquiátricas.
- Por afectar a derechos fundamentales, **toda la regulación sobre las contenciones mecánicas y los internamientos no voluntarios debe realizarse mediante ley orgánica.**

CAPÍTULO 5

PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL AUTORAS Y VÍCTIMAS DE DELITOS

Patricia Faraldo Cabana

Catedrática de Derecho Penal, Universidad de A Coruña.

Las personas con problemas de salud mental reciben un tratamiento especial en el Código Penal, tanto cuando son autoras como, cuando son víctimas de delitos.

En el primer caso, **cuando la persona con discapacidad es autora de un delito**, esa perspectiva protectora se materializa en la imposición de una consecuencia jurídica del delito distinta de la pena, como es la medida de seguridad, que pretende una intervención terapéutica sobre el sujeto prescindiendo de contenidos puramente retributivos.

En el segundo caso, **cuando la persona con discapacidad es víctima de un delito**, se concreta en numerosas ocasiones en una especial protección, que se materializa de diversas formas. Por un lado, en normas que agravan la pena del autor del delito. En otros supuestos, priva de toda virtualidad al consentimiento prestado por la persona con discapacidad psíquica, de forma que la conducta es delictiva cualquiera que haya sido la manifestación de su consentimiento

Los conceptos de discapacidad y de persona con discapacidad necesitada de especial protección se definen en el Código Penal. Son conceptos independientes del establecimiento de medidas de apoyo para las personas con discapacidad en el ámbito civil.

El art. 25 del Código Penal señala que "A los efectos de este Código se entiende por discapacidad aquella situación en que se encuentra una persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Asimismo, a los efectos de este Código, se entenderá por persona con discapacidad necesitada de especial protección a aquella persona con discapacidad que, tenga o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente".

El Código Penal recoge la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, mientras que si ha cometido el delito intoxicado se aplica, si es necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, y si tiene alteraciones en la percepción, en centro educativo especial, o, en los tres casos, cualquier otra medida no privativa de libertad

Ahora bien, en España hay muy pocos centros de esta naturaleza. La falta de plazas en centros psiquiátricos penitenciarios provoca que la medida cautelar de prisión provisional se ejecute en centros penitenciarios que carecen de unidad psiquiátrica, y que, en muchos casos, el órgano judicial, sabiendo que no hay plazas en centros apropiados, prefiera no apreciar la eximente en la sentencia, de forma que la persona con discapacidad psíquica cumpla la pena en prisión. El Tribunal Constitucional considera:

- o Lo primero una prisión encubierta, carente de cobertura legal y, por ello, vulneradora de su derecho a la libertad (STC 84/2018, de 16 de julio), señalando que **solo es posible privar de libertad al acusado “si dicho internamiento se acuerda por el juez competente en un centro integrado en la red hospitalaria civil y no bajo el control de la Administración penitenciaria, que no tiene injerencia en este ámbito”**. La persona afectada ha de interponer un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.
- o Lo segundo llena las cárceles de personas con problemas de salud mental que no reciben la atención que precisan.

TRANSPARENCIA Y ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Cristina Prado Gómez

Licenciada en Ciencias Económicas

La Administración debe ser transparente en su obligación de publicar y facilitar el acceso a información relevante para la ciudadanía (ley 1/2016 de transparencia y buen gobierno de Galicia, ley (estatal) 19/2013 de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen Gobierno), **pero en el caso de la salud mental**, la que aparece publicada en las páginas web de transparencia **es muy escasa y desactualizada**:

- No existe un mapeo actualizado de recursos de salud mental en Galicia
- No hay datos sobre contenciones
- No hay datos sobre los tiempos de espera.
- No hay estadísticas actualizadas sobre datos objetivos y cuantificables relevantes: población afectada según edad y sexo, camas hospitalarias de agudos y camas de carácter residencial para casos graves, pacientes atendidos en las unidades de salud mental y en las unidades de agudos, número de reingresos, personal adscrito a cada uno de los equipamientos de salud mental (número de psiquiatras, psicóloga/os, trabajadora/es sociales, terapeutas ocupacionales...)
- No hay datos del número de personas que padecen una enfermedad mental grave a la espera de una plaza en una unidad residencial
- No hay datos sobre el número de personas ingresadas en residencias de mayores, con enfermedades mentales graves y edades inferiores a los 60 años.
- No hay datos de la población infantojuvenil afectada y el impacto en su formación académica y/o profesional.
- No hay datos del número de menores de 16 años ingresados en unidades de agudos para adultos, sus estancias medias y sus reingresos.
- No hay datos de los menores tutelados por la Xunta de Galicia con problemas de salud mental, ni de los recursos de que se dispone para atenderlos como corresponde.
- No hay datos de los niños y niñas con problemas de salud mental que están ingresados en centros de menores que cumplen medidas judiciales, en lugar de estar en centros adaptados a sus necesidades, tal como exige la ley.

- No hay datos del número de personas con discapacidad y/o dependencia por salud mental en Galicia: solicitudes, expedientes en trámite, expedientes tramitados sin ejecutar...
- No hay datos de pacientes psiquiátricos en cárceles ordinarias por la falta de plazas en unidades psiquiátricas penitenciarias. En Galicia no existe ninguna unidad de este tipo.

La ausencia de datos accesibles, homogéneos, actualizados e integrados sobre salud mental **dificulta enormemente la vigilancia que se debe ejercer, por parte de la sociedad civil**, sobre el cumplimiento de cualquier objetivo que marque la legislación y es, además, representativa de la precaria situación en la que se sigue encontrando esta área de la salud. **La falta deliberada de información y transparencia se convierte así, en una estrategia para eludir posibles responsabilidades, y en una clara vulneración de derechos.**

La solicitud de información en la Administración General del Estado la podemos ejercer con identificación electrónica en <https://transparencia.gob.es>.

La solicitud de información en la Administración autonómica de Galicia la podemos ejercer el su portal de transparencia <https://transparencia.xunta.gal> Recomiendan la presentación electrónica a través del modelo normalizado disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia, <https://sede.xunta.gal>, de acuerdo a lo establecido en el art 27 de la ley 11/2007. (se requiere DNI electrónico, certificado electrónico reconocido por la Xunta o Chave 365)

Los pacientes podrán consultar su historia clínica y farmacoterapéutica en la página web del Sergas o a través de la plataforma E-SAÚDE (<https://esaude.sergas.es>) con certificado electrónico o con Chave 365, siendo titular de tarjeta sanitaria del Sergas, y siendo mayor de 18 años. **También se puede acceder a través de la carpeta ciudadana** (<https://carpetaciudadana.gog.es/carpeta/clave.htm>), que facilita la consulta de los datos clínicos con independencia de la Comunidad Autónoma donde éstos se hayan creado. Se requiere estar en disposición de un certificado o bien de clave permanente.

Además, se puede solicitar la historia clínica de manera presencial, será necesario acudir al servicio de atención al cliente de su hospital o centro de salud, donde le indicarán los requisitos para solicitar o retirar la documentación clínica, es decir, la documentación concreta que se ha de presentar en cada caso (DNI, certificado de representación legal, autorización, libro de familia, autorización judicial...)

En el apartado de Anexos de la versión completa de la Guía se adjunta:

- **Solicitud de la prestación del seguro escolar:** dentro de las enfermedades protegidas por el seguro escolar, se encuentra la neuropsiquiatría que incluye el tratamiento en régimen de internamiento o ambulatorio de los procesos neuropsiquiátricos que, por su gravedad, afecten a la continuidad de los estudios.
- **Solicitud de copia de documentación clínica.**
- **Modelo de solicitud de la tarjeta sanitaria AA:** para patologías a las que se debe favorecer la accesibilidad y el acompañamiento: los trastornos generalizados del desarrollo de espectro autista o alzhéimer, la parálisis cerebral y la discapacidad intelectual grave asociada a trastornos de conducta y/o problemas de comunicación, ELA...
- **Solicitud de farmacia gratuita para menor con discapacidad igual o mayor al 33%**

CAPÍTULO 7

SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. DERECHOS DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD

Belén Trigo García

*Profesora de derecho civil, Universidad de Santiago de Compostela
belen.trigo@usc.es*

Menor de edad es la persona que no ha cumplido 18 años. Ahora bien, la mayoría de edad sanitaria se establece, con carácter general, en los dieciséis años. Esto significa que es la persona con dieciséis años cumplidos a quien corresponde tomar como paciente las decisiones sobre su salud mental. También en el supuesto de que, al no estar emancipado, siga sometido a un régimen de protección y representación legal, sea la patria potestad o la tutela.

La recomendación es ampliar el ámbito de la atención juvenil en materia de salud mental más allá de los 16 e incluso de los 18 años. Así, el Acuerdo para la mejora de la salud mental infanto-juvenil de Galicia (2022) establece como medida prioritaria (Bloque 1 – Recursos – medida 1. A2) extender como mínimo hasta los 21 años la edad de atención por dos motivos: primero, porque hasta esa edad aún se está completando el desarrollo del sistema neuronal de las personas; y segundo, para evitar la interrupción de un tratamiento iniciado con un progreso en los objetivos fijados y de un vínculo establecido. El Acuerdo prevé incluso valorar extender la edad de atención hasta los 25 años en concordancia con el sistema de protección de Galicia.

A partir de los 16 años, la persona menor puede emanciparse. La emancipación da lugar a la extinción de la patria potestad (en su caso, de la tutela) y habilita a la persona menor a regir su persona como si fuera mayor de edad. **Le corresponde al menor con 16 años cumplidos otorgar el consentimiento informado para toda intervención o tratamiento médico-sanitario. Únicamente cabría en este caso el consentimiento por sustitución cuando el menor esté circunstancialmente incapacitado para tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación;** por ejemplo, se encuentra inconsciente o está sufriendo una crisis. De nuevo, el criterio a seguir para adoptar la decisión ha de ser el interés superior del menor.

La tutela de los menores en situación de desamparo corresponde a la entidad pública competente en materia de protección de menores; en el caso gallego, la Xunta de Galicia.

La tutela de los menores en situación de desamparo es ejercida en régimen de acogimiento que puede ser residencial o, preferentemente, familiar. También en estos casos es de aplicación el principio de interés superior de la persona menor a la hora de tomar decisiones sobre su salud

mental. Tanto respecto del acogimiento familiar como residencial se prevén medidas de apoyo educativo y psicoterapéutico por parte de la Entidad Pública, también para superar trastornos psicosociales de origen que puedan tener los menores acogidos.

En materia de atención sanitaria de las personas menores resultan de aplicación los derechos sanitarios generales. Ahora bien, el ejercicio de estos derechos se adapta cuando se trata de menores con problemas de salud mental, catalogados -por ambas circunstancias, edad y salud mental- dentro de los grupos especiales de pacientes.

Así se prevé la protección de la salud y la atención sanitaria, en todo caso, de las personas menores, también de las no residentes en la Comunidad Autónoma incluso fuera de los supuestos de urgencia y emergencia.

Igualmente, se establecen deberes de protección de las personas menores en relación con la detección precoz y la atención específica de menores con dolencias mentales que precisen atención psiquiátrica o psicológica. Para prestar esa atención especializada, existe el compromiso de la Xunta de Galicia a la creación de dispositivos y programas específicos dirigidos a promover la salud mental en la infancia y adolescencia. **Cuestión distinta es la existencia de recursos suficientes para atender las necesidades en la práctica. Además, estos derechos deben ser objeto de desarrollo normativo para su implementación práctica**

Las personas con enfermedades mentales menores de edad tienen derecho al internamiento en centros o unidades especializados de salud mental infanto-juvenil. También en el caso de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico: este ha de realizarse siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor. **No obstante, todavía hay menores hospitalizados en unidades de psiquiatría de adultos, unidades que no están adaptadas, ni estructural ni funcionalmente, para el tratamiento de los menores.**

Respecto de los centros de protección específicos de menores con problemas de conducta, la ley rechaza la posibilidad de ingreso en el caso menores que presenten enfermedades o trastornos mentales que requieran un tratamiento específico por parte de los servicios competentes en materia de salud mental o de atención a las personas con discapacidad.

Cuando se vulneren los derechos de las personas menores de edad en el ámbito de la salud mental, cabe interponer las vías de reclamación y los recursos judiciales pertinentes en cada caso y desarrollados en capítulos anteriores.

ESTÁNDARES SANITARIOS DEFINIDOS. CUMPLIMIENTO, DESVIACIÓN Y CORRECCIÓN. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN SALUD MENTAL

Jessica Lavandeira

Abogada ICACOR y Gestor Administrativo

En Galicia, los déficits en el ámbito de la salud mental no pueden calificarse como desviaciones puntuales de los estándares sanitarios establecidos, sino como fallos estructurales: falta de recursos humanos, carencia de equipos multidisciplinares y ausencia de protocolos homogéneos en atención comunitaria, falta de camas hospitalarias de agudos, falta de alternativas habitacionales para los casos graves, falta de políticas de prevención.... La situación se agrava en áreas rurales.

Las desviaciones respecto a los estándares internacionales son también notables. **La ratio de profesionales es insuficiente y muy inferior a la media en la Unión Europea. Otro ámbito de desviación crítica es la medicalización en población infantil y adolescente.** Aunque la OMS recomienda priorizar intervenciones psicológicas y comunitarias antes de la prescripción farmacológica (OMS, 2022), un informe del Ministerio de Sanidad publicado en 2025, así como estudios de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), señalan un crecimiento sostenido del consumo de antidepresivos y ansiolíticos entre menores de edad.

Para acercar los estándares teóricos a una realidad de derechos, es imperativo que los planes (como los de Galicia y el SNS) incluyan cláusulas de control que obliguen a:

1. **Publicar la Ejecución Presupuestaria** del Plan, desglosada por proyecto y por año, con justificación de las desviaciones.
2. **Publicar las Ratios de Profesionales** por categoría, área sanitaria y tipo de contrato, comparadas sistemáticamente con los estándares europeos de la OMS/OCDE.
3. **Transparencia en servicios y tiempos de espera.** Los tiempos de espera en salud mental no se publican de forma sistemática. En Galicia, la Valedora do Pobo ha puesto alarma sobre ello.
4. **Hacer auditable la calidad de los servicios públicos y concertados**, publicando indicadores de resultado (no solo de actividad), y tiempos de espera reales y máximos garantizados.
5. **Incluir la salud mental en el SVEC-G: una asignatura pendiente en Galicia.** El Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Crónicas de Galicia (SVEC-G) es clave para la planificación

sanitaria y la gestión de recursos. Sin embargo, la salud mental sigue sin incluirse, a pesar de que la cronicidad asociada a estos trastornos supera el 23% de la población gallega, según datos de la propia Xunta de Galicia.

6. **Vigilancia de la salud mental en enfermedades crónicas.** Las personas que padecen enfermedades crónicas tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar problemas de salud mental, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes.
7. **Estudios epidemiológicos.** Establece el artículo 8 de la Ley General de Sanidad que se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de manifiesto que los problemas de salud mental, particularmente la depresión, representan una de las primeras causas de discapacidad, mientras que el suicidio constituye la tercera causa de muerte en el mundo en el grupo de edad de 15 a 29 años.

Los estudios epidemiológicos en salud mental en España incluyen la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud Mental (ESEMeD), con cifras que indican que aproximadamente **1 de cada 4 personas tendrá un problema de salud mental en su vida,** apuntando como los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión y afectando más a mujeres que a hombres, y la prevalencia se relaciona con factores socioeconómicos.

La prevalencia de trastornos de salud mental registrados es técnicamente similar en España, con un 35,6%, y **en Galicia,** con un 34,9%, PERO la situación gallega es estructuralmente más grave, ya que presenta la autopercepción de salud más baja del país y un **consumo de psicofármacos que supera en un 52% la media nacional,** según los datos oficiales del **Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024 y el Plan de Acción para la Salud Mental 2025-2027 del Sergas.**

Los determinantes sociales también aparecen como factores clave en la epidemiología de la salud mental. En Galicia, un 20 % de la población adulta refiere sentirse sola, y un 15% sufre soledad crónica según apunta el Barómetro de la Soledad no Deseada en Galicia 2024

La situación es especialmente crítica en jóvenes. El Barómetro de Opinión de la infancia y adolescencia 2023- 2024 de UNICEF España destaca como una de sus conclusiones que el 41% de los adolescentes, entre 11 y 18 años, afirma haber tenido o cree haber tenido un problema de salud mental en el último año.

Conclusiones

- I. **Necesidad de una Ley Integral de Salud Mental.** La ausencia de una ley específica y vinculante en materia de salud mental en España, así como en Galicia, impide garantizar estándares homogéneos y exigibles en todo el territorio. Las normas y planes vigentes tienen carácter orientativo y carecen de mecanismos efectivos de control y sanción, lo que limita la protección real de los derechos de las personas y familias afectadas.

- I. **La transparencia y la rendición de cuentas son insuficientes.** La falta de publicación sistemática de indicadores clave dificulta tanto la evaluación objetiva de las políticas como la corrección de desviaciones. Sin mecanismos de auditoría pública y transparencia activa, la ciudadanía no puede ejercer control democrático sobre la garantía de sus derechos.

- II. **Los estudios epidemiológicos en el ámbito de la salud mental son muy necesarios.**

- III. **Necesidad de un Observatorio de Salud Mental y Equidad Social.** Para asegurar políticas efectivas y con perspectiva de equidad, resulta imprescindible la creación de un Observatorio permanente que coordine la recogida, análisis y publicación de datos epidemiológicos, así como la evaluación de desigualdades territoriales, socioeconómicas y asistenciales. Su función debe ser orientadora de políticas públicas y garante del acceso equitativo a derechos sanitarios. Este órgano debe disponer de herramientas de medición, criterios comparables, protocolos de auditoría y capacidad de formular recomendaciones vinculadas a decisiones de asignación de recursos.

- IV. **Es preciso reforzar la participación social en la toma de decisiones.** La construcción de un sistema de salud mental digno y garantista requiere la participación real de las personas usuarias, familiares, asociaciones y profesionales en el diseño, implementación, y evaluación de los servicios. No basta con una participación simbólica, es necesario establecer mecanismos formales de deliberación, consulta y supervisión ciudadana para asegurar políticas centradas en la persona y orientadas a la recuperación, y garantizar el cumplimiento de los estándares establecidos.

CAPÍTULO 9

FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LOS PRESUPUESTOS AUTONÓMICOS. GARANTÍA DE LOS DERECHOS SOCIOSANITARIOS RECONOCIDOS EN LAS LEYES

SARA PADÍN DOMÍNGUEZ

Abogada Colegiada n.º 6672 del Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña

En términos generales, el total del **gasto sociosanitario autonómico es elevado**, destinando casi el 10 % del presupuesto total a servicios sociales e inclusión, incluyendo servicios de dependencia. Sin embargo, dentro de la sanidad pública, **la porción destinada a salud mental resulta mínima, lo que evidencia una infrafinanciación estructural del área mental frente a otros ámbitos de salud.**

A modo de ejemplo, en los presupuestos autonómicos para el año 2025, se han asignado unos 16 millones de euros destinados exclusivamente a salud mental, lo que supone **apenas el 0,3 % del gasto total en sanidad** y solo el 0,11 % del **presupuesto total autonómico**. Para 2026, la Xunta incrementó esta partida hasta los **32,7 millones de euros**, prácticamente el doble que el año anterior.

Aunque este aumento es positivo, la inversión en salud mental continúa siendo muy reducida en comparación con la magnitud del presupuesto sanitario total (5.671 millones de euros) y se mantiene muy por debajo del **10–12 % recomendado por la OMS**.

Reconocer un derecho en una ley no es suficiente: la Administración tiene la obligación de destinar el dinero necesario para que ese derecho pueda ejercerse de verdad. Si no se asigna presupuesto suficiente, los servicios no pueden funcionar correctamente ni contar con los recursos adecuados.

Esto significa que **la Xunta de Galicia tiene la obligación legal de incluir en sus presupuestos anuales los recursos necesarios que garanticen una atención adecuada de la salud mental**. La falta de financiación puede suponer un incumplimiento de este deber legal, dado que la Ley 13/2008, de servicios sociales de Galicia, reconoce el derecho de todas las personas a acceder a los servicios y prestaciones sociales esenciales.

La ciudadanía puede y debe exigir el cumplimiento de sus derechos, utilizando los mecanismos disponibles: acceso a la información, quejas formales, participación social y recursos judiciales. Solo mediante una implicación activa y sostenida se podrá avanzar para conseguir un sistema de salud mental justo, accesible y digno.

CAPÍTULO 10

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Claudia Zulema Robles Gómez

*Investigadora/Contratada Predoctoral FPI (MCIN/AEI), Facultad de Derecho, Universidad de Vigo
claudiazulema.robles@uvigo.gal*

La salud mental no es neutra: está marcada por desigualdades de género que afectan de forma distinta a mujeres y hombres. Factores como la sobrecarga de cuidados, la violencia machista y los sesgos clínicos condicionan el diagnóstico y el tratamiento, llevando a una medicalización excesiva de las mujeres y a un infra diagnóstico en los hombres.

Sobre los internamientos y coerción, las mujeres con enfermedad mental grave sufren mayor riesgo de internamientos prolongados y de prácticas coercitivas, especialmente cuando carecen de red familiar

El cuidado no remunerado de familiares con trastornos mentales recae mayoritariamente sobre las mujeres. Esta sobrecarga tiene consecuencias físicas, psicológicas y económicas, sin reconocimiento jurídico, que contribuyen a la desigualdad social.

Una medida afirmativa compensatoria podría consistir en computar los años desempeñados en un rol de cuidado como cotizados o bien, la asignación de una prestación mínima, conforme a los principios de igualdad y corresponsabilidad.

PATOLOGÍA DUAL: ADICCIONES Y OTROS TRASTORNOS MENTALES, Y SU INCORPORACIÓN EN EL SERGAS

FRANCISCO OTERO LAMAS

Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas. Área Sanitaria de Vigo

Los trastornos debidos al uso de sustancias o a comportamientos adictivos son una categoría de trastornos mentales y del comportamiento y constituyen uno de los grupos de trastornos mentales más prevalentes, especialmente en el grupo de 18 a 35 años y para el conjunto de toda la población en el caso de los hombres.

Se denomina patología dual la concurrencia de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, de forma simultánea o secuencial a lo largo de la vida, y constituye una realidad clínica de manejo y pronóstico complejos que requiere de un abordaje específico.

La asistencia especializada a los trastornos adictivos en Galicia se configuró históricamente mediante dispositivos sanitarios gestionados por ayuntamientos y asociaciones, conformando una red paralela al sistema general de salud.

La integración de las históricas unidades asistenciales de drogodependencias de titularidad municipal en el Servicio Gallego de Salud se produce en 2026.

Los trastornos mentales y por consumo de sustancias contribuyen de forma muy importante a la carga mundial de muerte y son causas principales de discapacidad relacionada con la salud en niños/as y jóvenes.

Las personas que consumen drogas suelen iniciar su uso en edades muy tempranas, lo que interfiere prematuramente la maduración cerebral y puede ocasionar alteraciones persistentes en funciones básicas que regulan nuestro comportamiento. Según la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2025), **el inicio del consumo de drogas entre estudiantes se produce entre los 13,9 y 15 años**. Pero también existe una forma de consumo extremadamente precoz y de especial vulnerabilidad que es la que se produce mediante la exposición prenatal. Estudios realizados en España (Pichini, 2005; García, 2009; Friguls, 2012; Lendoiro, 2013; Roca, 2020) muestran que **un 8-16% de las mujeres embarazadas consumen drogas**.

En la Unión Europea se calcula que más del 38% de la población sufre al menos un trastorno mental.

Existe un [mapa de los recursos disponibles en Galicia sobre trastornos adictivos](#) en la web del SERGAS.

CAPÍTULO 12

SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA DE LA DISCAPACIDAD: EL PATRIMONIO PROTEGIDO Y LOS BENEFICIOS FISCALES

Julio Ransés Pérez Boga

Inspector de Hacienda del Estado.

Nuestro país, en los últimos años ha avanzado en la protección económica de las personas con discapacidad, a través de la prestación de servicios gratuitos o con copago, la regulación del patrimonio protegido de los discapacitados, así como por el reconocimiento de beneficios fiscales a este tipo de situaciones. No obstante, es necesario seguir profundizando en la protección de este colectivo, para aspirar a conseguir una sociedad igualitaria.

Valoramos positivamente la existencia de una regulación del patrimonio protegido. No obstante, el hecho de estar sujeto al otorgamiento de una escritura pública, tanto para su constitución como para su aportación sucesiva, supone un coste importante, que dificulta su constitución.

Por otra parte, la norma es muy parca y deja abiertas muchas cuestiones. Asimismo, las familias ven con recelo la pérdida de control del patrimonio donado a la persona con discapacidad, en el que es la Fiscalía y el juez quienes tendrán su control. Esta incertidumbre desanima a muchas familias, que son reacias a aportar un patrimonio a la persona discapacitada en ese contexto.

Las personas con discapacidad por causas mentales tendrán beneficios fiscales en la medida que tengan reconocida una discapacidad igual o superior al 33% o estén declarados dependientes. Ello supone un cuello de botella que deja desamparados muchos gastos realizados por causa de estas personas que no la tengan reconocida, o que tengan una discapacidad inferior al 33%.

Hay que tener en cuenta que estos beneficios fiscales se encuentran presentes en la práctica totalidad de los impuestos, pero no en todos. Y en muchos casos lo son por cantidades pequeñas, que necesitan de actualización. En otros están limitados a situaciones de incapacidad física o situaciones de dificultades de movilidad, ignorándose las discapacidades psíquicas.

Además, existe una deficiente difusión de las figuras tributarias y económicas ligadas a situaciones de discapacidad que provocan que, en muchos casos, por desconocimiento, no puedan ser aplicables por quienes tendrían derecho a ellas.



Guía **JURÍDICA** sobre SALUD MENTAL

[RESUMEN EJECUTIVO]
Guía Jurídica sobre salud mental

galicia



Con la colaboración de

