



Guía JURÍDICA sobre SALUD MENTAL

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 de Santiago
de Compostela

Concello da Coruña

Ilustre Colegio Provincial de
Abogados de A Coruña

Universidade de Vigo

Universidade da Coruña

Universidade de Santiago
de Compostela

Versión online

www.fundacionsalma.org/castellano/proyectos/Guia_cas



Guía Jurídica sobre salud mental

Se autoriza la reproducción bajo licencia Creative Commons:

CC BY-NC-SA 4.0





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.

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.

Notas sobre la edición, la traducción y la vigencia de la guía

La edición de esta guía ha procurado dotar de coherencia al conjunto de textos que la componen, habida cuenta que son aportaciones voluntarias e individuales de personas con muy diversa experiencia. Se ha hecho prevalecer el criterio original de edición y de estilo de las personas autoras de cada capítulo, procurando dar homogeneidad al conjunto sin sacrificar los matices con los que cada persona redactora haya podido querer dotar a su texto.

También en la traducción del gallego al castellano y viceversa se han podido perder grados de rigor, por lo que se agradecerá que, en caso de detectar errores o incoherencias, estas sean señaladas a través del correo fundacionsalmagalici@gmail.com, para que puedan ser consideradas en siguientes ediciones de la guía, en caso de existir.

En cuanto a la vigencia: **toda la normativa y documentación complementaria utilizada es la vigente a fecha de diciembre del año 2025.**




Licencia y permisos de utilización y distribución

Todo el contenido de la presente Guía se encuentra bajo licencia Creative Commons

CC BY-NC-SA 4.0



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**.

	BY	Se debe dar crédito al creador
	NC	Solo se permiten usos no comerciales de la obra.
	SA	Las adaptaciones deben compartirse bajo los mismos términos.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Agradecimientos	2
Objetivos y alcance de la guía	3
Índice	5

CAPÍTULO 1

Dependencia en el ámbito de la salud mental	9
1.1. Introducción	9
1.2. Marco normativo	10
1.3. Conceptos clave	11
1.4. Análisis de prestaciones y servicios del SAAD en la comunidad autónoma de Galicia	13
1.5. Procedimiento de reconocimiento de dependencia y/o discapacidad en Galicia ..	16
1.6. Vías de reclamación	20
1.7. Conclusiones	21
*Autoría y créditos	23
*Normativa y documentación de interés.....	23

CAPÍTULO 2

Atención sociosanitaria y continuidad de cuidados. Alternativas habitacionales	24
* Claves	24
2.1. Introducción	25
2.2. Marco legal	26
2.3. Consecuencias de una insuficiente atención sociosanitaria a la salud mental.....	30
2.4. Vías de reclamación	32
2.5. Conclusiones	35
* Autoría y créditos	36
* Normativa y documentación de interés.....	36

CAPÍTULO 3

Salud mental en el trabajo	38
* Claves	38
3.1. Introducción: entorno laboral y salud mental	39
3.2. Factores desencadenantes	40
3.3. Prevención y protección	45
3.4. Conclusiones	48
* Autoría y créditos	49
* Normativa y documentación de interés.....	49

CAPÍTULO 4

El consentimiento informado y sus excepciones.

El internamiento no voluntario. Las contenciones.....	50
* Claves	50
4.1. El consentimiento informado.....	51
4.2. Excepciones al consentimiento informado.....	52
4.3. El ingreso no voluntario por razón de trastorno psíquico.....	53
4.4. La terapia electroconvulsiva	54
4.5. Las contenciones.....	55
4.6. ¿Qué hacer en caso de que se vulneren los derechos del paciente?	56
4.7. Conclusiones	57
* Autoría y créditos	58
* Normativa y documentación	58

CAPÍTULO 5

Personas con problemas de salud mental autoras y víctimas de delitos.....

* Claves	59
5.1. Introducción	60
5.2. Discapacidad y persona con discapacidad necesitada de especial protección	61
5.3. La persona con discapacidad psíquica como autora de un delito	62
5.4. La persona con discapacidad necesitada de especial protección como víctima de delitos	65
5.5. Conclusiones	67
* Autoría y créditos	68
* Normativa y documentación de interés.....	68

CAPÍTULO 6

Transparencia y accesibilidad a la información en el ámbito de la salud mental.....

* Claves	69
6.1. Ley de transparencia y su aplicación en el ámbito de la salud mental.....	70
6.2. Derecho de acceso a la información pública	72
6.3. Derecho de información en el proceso asistencial	73
6.4. Derecho de acceso a la documentación clínica	75
6.5. Información de interés sobre el acceso a derechos reconocidos.....	76
6.6. Conclusiones	80
* Autoría y créditos	81
* Normativa y documentación de interés.....	81

CAPÍTULO 7

Salud mental infanto-juvenil.

Derechos de las personas menores de edad.....	83
* Claves	83
7.1. Minoría y mayoría de edad sanitaria en el ámbito de la salud mental.....	84
7.2. Representación legal de las personas menores de edad	85
7.3. Derecho a la atención sanitaria de las personas menores en el ámbito de la salud mental.....	88
7.4. Conclusiones	94
* Autoría y créditos	95
* Normativa y documentación de interés.....	95

CAPÍTULO 8

Estándares sanitarios. Cumplimiento, desviación y corrección.

Estudios epidemiológicos en salud mental.....	97
* Claves	97
8.1. Establecimiento de estándares sanitarios	98
8.2. Desviaciones e incumplimientos de los estándares sanitarios.....	101
8.3. Corrección de los estándares sanitarios.....	103
8.4. Discriminación en la aplicación de estándares sanitarios	106
8.5. Conclusiones	107
* Autoría y créditos	108
* Normativa y documentación de interés.....	108

CAPÍTULO 9

Financiación de la salud mental en los presupuestos autonómicos.

Garantía de los derechos sociosanitarios reconocidos en las leyes	110
* Claves	110
9.1. Introducción	111
9.2. El marco legal: derechos sociosanitarios reconocidos	111
9.3. Financiación de la salud mental en Galicia	112
9.4. Vías de reclamación	114
9.5. Conclusiones	115
* Autoría y créditos	115
* Normativa y documentación de interés:.....	115

CAPÍTULO 10:

Perspectiva de género en el abordaje y tratamiento de las enfermedades mentales	117
* Claves	117
10.1. Introducción	118
10.2. Diferencias en el abordaje y tratamiento entre hombres y mujeres	118
10.3. Conclusiones	120
* Autoría y créditos	121
* Normativa y documentación de interés	121

CAPÍTULO 11

Patología dual: adicciones y otros trastornos mentales y su integración en el SERGAS	123
*Claves	123
11.1. Prevalencia de los trastornos mentales	124
11.2. Patología dual.....	125
11.3. Marco normativo. Integración en el SERGAS.....	126
11.4. Mapa de los recursos en Galicia sobre trastornos adictivos.....	128
Conclusiones	128
* Autoría y créditos	129
* Normativa y documentación de interés.....	129

CAPÍTULO 12

Sostenibilidad Económica de la Discapacidad: El patrimonio Protegido y los beneficios fiscales.....	132
* Claves	132
* Resumen	133
12.1. El patrimonio protegido	134
12.2. Impuesto negativo para quien tenga a su cargo personas con discapacidad	139
12.3. Beneficios fiscales en el ámbito del IRPF	140
12.4. Beneficios fiscales en el impuesto sobre sucesiones y donaciones para personas con discapacidad.....	147
12.5. Otros beneficios fiscales a personas con discapacidad.....	148
12.6. Conclusiones	151
* Autoría y créditos	152
* Normativa y documentación de interés.....	152

ANEXOS.....	153
--------------------	------------

1.1. Introducción

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, 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.

Pese a la existencia de un amplio marco normativo que regula la atención a la dependencia, la realidad práctica muestra que muchas personas afectadas y sus familias se enfrentan a importantes obstáculos cuando surge la necesidad de apoyos. La complejidad legislativa, los continuos cambios normativos, la insuficiencia de recursos económicos y la lentitud de los procedimientos administrativos convierten el acceso a las prestaciones en un proceso largo, difícil de comprender y, con frecuencia, desajustado a la urgencia de las situaciones que se viven.

Este apartado tiene como finalidad ofrecer orientación básica a las personas que se encuentran ante la necesidad de solicitar el reconocimiento de la dependencia en un momento especialmente sensible. Aunque no es posible dar respuesta individualizada a cada caso, se pretende aclarar las dudas más habituales, indicar los primeros pasos a seguir y señalar los aspectos normativos esenciales que conviene conocer.

Asimismo, esta guía busca visibilizar la importancia de la salud mental y las dificultades reales a las que se enfrentan tanto las personas afectadas como sus familias, recordando que la atención a la dependencia no es solo una cuestión individual, sino un compromiso colectivo que interpela al conjunto de la sociedad.

1.2. Marco normativo

A continuación, se recogen las principales normas que regulan la atención a la dependencia y los servicios sociales en Galicia. Se indica dónde están publicadas, cuál es su versión vigente y, de forma sencilla, para qué sirven en la práctica.

Ley estatal 39/2006, de 14 de diciembre, por la que se establece el derecho universal y subjetivo a la atención a la dependencia. Publicada en el *Boletín Oficial del Estado (BOE)* nº 299, de 15 de diciembre de 2006. >> *Es la ley estatal que reconoce el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir apoyos y servicios, aunque deberá también tenerse en cuenta la normativa autonómica de desarrollo en cada CCAA por existir competencias transferidas en materias como servicios sociales.*

Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia.

Publicada en el *Diario Oficial de Galicia (DOG)* nº 245, de 18 de diciembre de 2008.

>> *Organiza el sistema de servicios sociales en Galicia y establece qué administraciones son responsables de atender a las personas y familias. Regula cómo se accede a los servicios sociales y cómo se coordinan con la atención a la dependencia y la discapacidad*

Últimas modificaciones y situación normativa actual:

La Ley 5/2024 de 27 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de Galicia, en su Título XI, publicada en el DOG nº 251, de 31 de diciembre de 2024, modifica los procedimientos de reconocimiento de la dependencia y la discapacidad.

*** No obstante, es relevante señalar que en la actualidad dicha Ley 5/2024, de 27 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de Galicia, ha sido objeto de un **recurso de inconstitucionalidad** promovido por la vicepresidenta primera del Gobierno (en suplencia del presidente), que fue admitido a trámite por el Pleno del Tribunal Constitucional el 29 de enero de 2026. El recurso se dirige contra varios preceptos concretos: Apartados 2, 13, 17, 19, 20, 21 y 25 del artículo 30, y el apartado 5 del artículo 45. **Motivo alegado:** invasión de competencias estatales exclusivas en materias específicas, entre ellas la gestión de la dependencia en Galicia. **Consecuencia:** En el recurso se invoca el artículo 161.2 de la Constitución, y por tanto los preceptos invocados se encuentran suspendidos en su vigencia y aplicación para las partes desde el 30 de septiembre de 2025, fecha de interposición del recurso, y para terceros desde la publicación de la suspensión en el BOE (4 de febrero de 2026) quedando a la espera de que el Tribunal Constitucional resuelva sobre el fondo. Esta situación puede afectar la aplicación práctica de determinadas disposiciones autonómicas en materia de dependencia y servicios sociales, por lo que se recomienda consultar el estado actualizado de la normativa y posibles resoluciones judiciales que puedan incidir en los derechos y procedimientos recogidos en esta guía.

Decreto 142/2023, de 21 de noviembre. Publicado en el DOG nº 212, de 8 de noviembre de 2023. Versión actualmente vigente. >> *Regula cómo se solicita la dependencia en Galicia, quién realiza la valoración, qué plazos existen y cómo se reconoce el grado de dependencia.*

Orden de 2 de enero de 2012, por la que se desarrolla el procedimiento y la metodología para el reconocimiento de la situación de dependencia y la elaboración del Programa Individual de Atención (PIA). Última versión consolidada publicada el 16 de enero de 2023. >> *Explica cómo se realiza la valoración de la dependencia y cómo se decide qué tipo de ayuda o servicio es el más adecuado para cada persona a través del Programa Individual de Atención.*

Orden de 1 de abril de 2013, por la que se aprueba el modelo de informe social unificado. >> *Establece el modelo de informe social que elaboran los servicios sociales y que es necesario para tramitar la dependencia y otras ayudas.*

Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales. Publicado en el DOG nº 182, de 24 de septiembre de 2013. (El artículo 18 fue derogado). >> *Detalla qué servicios sociales existen en Galicia (ayuda a domicilio, centros de día, residencias, apoyo a cuidadores, etc.) y qué tipo de atención puede recibir cada persona.*

Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red Gallega de Atención Temprana. Publicado en el DOG nº 244, de 23 de diciembre de 2013. >> *Regula la atención temprana para niños y niñas con dificultades en su desarrollo o riesgo de padecerlas, así como el apoyo a sus familias.*

Orden de 16 de abril de 2014, por la que se regulan las condiciones de ingreso y traslado en servicios prestados en centros propios o concertados, en el ámbito de la atención a la dependencia y de la promoción de la autonomía personal. Publicada en el DOG nº 91, de 14 de mayo de 2014. >> *Establece cómo se accede a plazas en centros de día, residencias u otros recursos, y cómo se realizan los traslados entre centros.*

Ley 3/2004, de 5 de diciembre, de cultura inclusiva y accesible de Galicia. Publicada en el DOG nº 238, de 11 de diciembre de 2024. >> *Promueve la accesibilidad y la inclusión de todas las personas en la vida cultural y social, teniendo en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad.*

1.3. Conceptos clave

1.3.1. ¿Qué es la Discapacidad?

Reconocimiento oficial de que una persona tiene una limitación importante (física, mental, intelectual o sensorial) que es duradera en el tiempo.

- **¿Cómo se reconoce?** Un equipo de profesionales valora la situación de la persona utilizando unos baremos (un sistema de puntuación oficial), según lo establecido en el [Real Decreto 888/2022, reconocimiento, declaración y calificación grado de discapacidad](#).
- **¿Para qué sirve?** Este reconocimiento es la llave que abre la puerta a una serie de derechos y ayudas pensados para facilitar la vida y promover la igualdad de oportunidades. Por ejemplo: beneficios fiscales, ayudas económicas, adaptación del puesto de trabajo o acceso a determinados servicios.

Lo más importante a recordar: tener una discapacidad no significa automáticamente ser dependiente. Una persona puede tener reconocida una discapacidad y ser completamente autónoma para su día a día.

1.3.2. ¿Qué es la Dependencia?

La dependencia es la **necesidad de ayuda de otra persona** para poder realizar las tareas más básicas y esenciales de la vida cotidiana. Esta necesidad puede venir por la edad, una enfermedad o, en muchos casos, por una discapacidad.

En el ámbito de la salud mental, la discapacidad intelectual o el daño cerebral, esta necesidad de ayuda no siempre es física. A menudo, se centra en el apoyo para tomar decisiones, planificar el día, gestionar las emociones o relacionarse con los demás.

Para entender mejor la dependencia, es útil conocer estos conceptos clave:

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** Son esas tareas fundamentales que la mayoría hacemos sin pensar: ducharnos, vestirnos, comer, ir al baño, movernos por casa, etc. La dependencia se mide, en gran parte, por la ayuda que se necesita para hacer estas cosas.
- **Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD):** Es la herramienta oficial que usan los profesionales para medir cuánta ayuda necesita una persona en su día a día. El resultado de esta valoración, en forma de puntos, determina el grado de dependencia.
- **Escala de Valoración Específica (EVE):** Cuando se trata de niños menores de 3 años, se utiliza esta escala especial, que tiene en cuenta su etapa de desarrollo y las necesidades de apoyo propias de su edad.

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.

1.4. Análisis de prestaciones y servicios del SAAD en la comunidad autónoma de Galicia

La normativa de referencia para el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en la Comunidad Autónoma de Galicia se encuentra, fundamentalmente, en la Orden de 2 de enero de 2012 de la Consellería de Traballo e Benestar, en su versión consolidada de 16 de noviembre de 2023. Dicha orden establece el marco regulador para los servicios y prestaciones, así como su régimen de compatibilidad.

A continuación, se detallan los aspectos más relevantes.

1.4.1. Catálogo de Servicios

El catálogo de servicios, conforme a la normativa, se estructura de la siguiente manera:

a) Prevención de las situaciones de dependencia: Este servicio es compatible con la totalidad de los demás servicios y prestaciones del sistema.

b) Promoción de la autonomía personal: Engloba un conjunto de actuaciones destinadas a desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones. Incluye:

- Habilitación y terapia ocupacional (también en los casos de discapacidad intelectual sobrevenida por daño cerebral).
- Atención temprana (menores de 6 años a la familia y su contorno)
- Estimulación cognitiva (para personas con deterioro cognitivo, sobrevenido o degenerativo, daño cerebral o alteración de las funciones mentales superiores, debidas al envejecimiento, trastorno mental, discapacidad intelectual o por etiología no filiada)

- Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional (para personas con alteraciones, pérdidas funcionales de tipo físico intelectual o mental).
- Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual es el conjunto de actuaciones encaminadas a prestar apoyos, transitorios o permanentes, a personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, a fin de mejorar sus posibilidades de mantenerse en el entorno familiar y social en las condiciones más normalizadas e independientes que sea posible.
- Apoyos personales y cuidados con equipamientos asistenciales.

c) Servicio de teleasistencia: Es compatible con todos los servicios y prestaciones, con la **excepción** del servicio de atención residencial y de la prestación económica vinculada a la adquisición de dicho servicio.

d) Servicio de ayuda en el hogar: Es incompatible con el servicio de atención residencial. No obstante, puede ser compatible, con el servicio de teleasistencia y con los límites de intensidad que establezca el Programa Individual de Atención (PIA), también con:

- El servicio de atención diurna o nocturna (o su prestación económica vinculada).
- La prestación de promoción de la autonomía personal.

e) Servicio de atención diurna y nocturna: Es compatible, con los límites de intensidad que se determinen en el PIA, con el servicio de teleasistencia y con el servicio de ayuda en el hogar (o la prestación económica vinculada a su adquisición).

f) Servicio de atención residencial: Ofrece un cuidado integral y continuado a personas dependientes.

g) Otros servicios: La normativa contempla la posible existencia de otros servicios específicos en función de los distintos tipos de discapacidad, aunque no los detalla exhaustivamente.

1.4.2. Prestaciones Económicas (Libranzas)

Son aportaciones económicas de carácter periódico destinadas a cofinanciar los gastos derivados de la atención a personas en situación de dependencia y de la promoción de su autonomía personal, tal como se establece en el [Artículo 21. Prestaciones económicas](#), de la **Ley de servicios sociales de Galicia**.

El orden de prelación para su concesión se basa en:

1. Grado o nivel de dependencia.
2. Menor capacidad económica del solicitante.
3. Fecha de presentación de la solicitud.

Las modalidades contempladas en Galicia son:

a) Prestación económica vinculada al servicio: Se concede para la adquisición de un servicio cuando no es posible su prestación a través de la red pública de servicios sociales. Existe una modalidad específica de protección adicional para el servicio de atención residencial.

b) Prestación económica para cuidados en el entorno familiar: Consiste en una cuantía económica periódica para apoyar los cuidados no profesionales en el domicilio, con el fin de facilitar la permanencia de la persona en su entorno habitual, siempre que el PIA lo determine como la modalidad más adecuada.

- **Compatibilidad:** Es compatible con el **servicio de respiro** por un total de 45 días al año (continuos o fraccionados). Según la intensidad fijada en el PIA, también puede ser compatible con el servicio de ayuda en el hogar, la atención diurna no intensiva y el servicio de promoción de la autonomía personal o la prestación de asistente personal.

c) Prestación económica de asistente personal: Válida para cualquier grado de dependencia, tiene como finalidad contribuir a la contratación de un asistente personal para facilitar la autonomía en tareas como la organización del hogar, acompañamiento a gestiones o la participación social y económica.

- **Compatibilidad:** Con una intensidad parcial, puede ser compatible con el servicio de ayuda en el hogar no intensivo y con el servicio de atención diurna y nocturna no intensivo.

-

1.4.3. Determinación y Gestión de la Cuantía

La gestión de las prestaciones económicas corresponde a las Jefaturas Territoriales de la Consellería competente en materia de servicios sociales.

- **Capacidad económica personal:** Se determina a partir de los ingresos de la persona beneficiaria y que podrán ser objeto de comprobación por la Jefatura Territorial. La ocultación de los mismos puede dar lugar a la suspensión de la prestación, la exigencia de devolución de las cantidades indebidamente percibidas y la posible incoación de un procedimiento sancionador.

** En la propia solicitud deberá informarse igualmente la relación de personas que integran la unidad de convivencia, extremo que podrá ser acreditado mediante el correspondiente certificado de convivencia expedido por el Ayuntamiento en el que resida la persona solicitante, así como **comprobada de oficio su veracidad**.

- **Fijación de la cuantía:** Las cuantías máximas se establecen anualmente mediante Real Decreto. Posteriormente, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD y la propia Comunidad Autónoma actualizan y, en su caso, complementan dichos importes.

1.4.4. Causas de Suspensión o Extinción.

Tanto los servicios como las prestaciones económicas pueden suspenderse o extinguirse por diversas causas, entre las que destacan:

- Ingreso permanente en un centro residencial o sanitario.
- Superación de los 45 días anuales de estancia en un centro de respiro (en el caso de la prestación para cuidados en el entorno familiar).
- Traslado de residencia a otra Comunidad Autónoma.
- Fallecimiento de la persona beneficiaria.
- Renuncia expresa al servicio o prestación.

1.5. Procedimiento de reconocimiento de dependencia y/o discapacidad en Galicia

Fase del Procedimiento	Descripción Clave	Fundamento Normativo Principal
Objeto y Solicitud Conjunta	El procedimiento permite solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia, del grado de discapacidad, o de ambos de forma conjunta *1, tramitándose en un único expediente que concluye con una sola resolución.	Artículo 98 de la Ley 13/2008, de servicios sociales de Galicia
Inicio y Presentación	Se inicia a instancia de la persona interesada o su representante. La solicitud se presenta preferentemente por vía electrónica en la sede de la Xunta de Galicia, aunque también es posible la presentación presencial.	Artículo 100 de la Ley 13/2008 Procedimiento BS210A

¹ El objeto y la modalidad de solicitud conjunta para el reconocimiento de la situación de dependencia y de la discapacidad se han visto afectados por la suspensión de varios apartados de la Ley 5/2024, tal y como se recoge en la página 12, apartado 1.2 de la guía. En consecuencia, desde la fecha de la suspensión y hasta que exista una resolución del Tribunal Constitucional, la solicitud de dependencia y la solicitud de discapacidad deben tramitarse como dos expedientes administrativos distintos, que se sustanciarán de forma separada y darán lugar a resoluciones independientes. Por tanto, queda actualmente suspendida la modalidad de un único procedimiento para el reconocimiento conjunto de la situación de dependencia y de la discapacidad, debiendo aplicarse el régimen de tramitación separada vigente con anterioridad a la entrada en vigor de los preceptos ahora suspendidos.

Tramitación Prioritaria	<p>Se da prioridad a las solicitudes en casos de emergencia social, personas menores de 3 años o mayores de 80, y afectados por ELA u otras enfermedades graves de rápida progresión. La propia Orden de 2 de Enero de 2012, recoge como supuestos de emergencia social, y siempre que estén debidamente documentadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Situaciones desamparo y abandono · Maltratos físicos /psíquicos · Situación de riesgo grave e inminente para la integridad física y psíquica. <p>En los casos de emergencia social, la tramitación del expediente tiene carácter preferente y se prioriza el acceso al servicio de atención residencial. En estos supuestos, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas se elabora el informe social y sanitario correspondiente. En un plazo de setenta y dos horas se dicta la resolución por parte de la Jefatura Territorial competente y, posteriormente, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas, se procede a la asignación del recurso adecuado, pudiendo realizarse de forma inmediata cuando la situación lo requiera, con confirmación posterior.</p>	<p>Artículo 101 de la Ley 13/2008</p> <p>Capítulo VI Orden de 2 de enero de 2012 (última versión 16 de noviembre de 2023).</p>
Valoración Técnica	<p>Se realiza aplicando los baremos estatales correspondientes, teniendo en cuenta informes de salud y el entorno habitual del solicitante. La valoración puede hacerse solo con la documentación del expediente si la situación es clara.</p> <p>Si se tienen informes de salud actualizados deberán aportarse con la solicitud o incluso en el momento de la valoración o incluso al propio expediente que se está tramitando.</p>	<p>Artículo 103 de la Ley 13/2008</p>
Dictamen-Propuesta	<p>Los equipos técnicos de valoración emiten un dictamen proponiendo el grado de dependencia y/o discapacidad, e identificando los servicios y prestaciones más adecuados según las preferencias del solicitante.</p>	<p>Artículo 106 de la Ley 13/2008</p>
Programa Individual de Atención (PIA)	<p>Si se reconoce la dependencia, se elabora el PIA, donde se determinan los servicios o prestaciones económicas más adecuadas para atender las necesidades de la persona.</p>	<p>Artículo 107 de la Ley 13/2008</p>
Resolución	<p>El órgano competente dicta resolución que determina el grado de dependencia, aprueba el PIA y, si se solicitó, se pronuncia sobre el grado de discapacidad. El plazo máximo para resolver y notificar es de seis meses.</p>	<p>Artículo 110 de la Ley 13/2008</p>
Efectividad de Prestaciones Económicas	<p>El derecho se hace efectivo el primer día del mes siguiente a la resolución. Si la Administración excede el plazo de 6 meses, los efectos se retrotraen al mes siguiente de cumplirse dicho plazo en caso de que la resolución que se nos notifique sea estimatoria.</p> <p>No obstante, no siempre existe una resolución expresa y, por tanto, en el procedimiento para el reconocimiento a la situación de</p>	<p>Artículo 111 de la Ley 13/2008</p> <p>Disp. Adicional sexta, sexta bis, sexta ter (apartado 1) y artículo 110 de</p>

	<p>dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, una vez transcurrido el plazo legal para resolver, el silencio administrativo en Galicia —al tratarse de una competencia transferida— tiene carácter negativo, entendiéndose desestimada la solicitud una vez transcurridos tres meses desde su presentación en el registro. Así lo establece expresamente la Ley 5/2024, de 27 de octubre, en su disposición adicional sexta.</p> <p>Asimismo, la disposición adicional sexta bis —relativa a la elaboración del PIA— y la disposición adicional tercera —referida al reconocimiento, calificación y declaración del grado de discapacidad— establecen que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, la falta de resolución expresa determinará igualmente la producción de silencio administrativo negativo, si bien una vez transcurrido el plazo de seis meses desde la presentación de la solicitud a instancia de parte en el registro, que constituye el plazo máximo legal para resolver.</p>	<p>la ley 5/2024 de 27 de octubre de 2024.</p>
<p>Revisión</p>	<p>El grado de dependencia, el Programa Individual de Atención (PIA) y el grado de discapacidad pueden ser objeto de revisión, bien de oficio o a instancia de parte, por las causas legalmente previstas (mejoría, empeoramiento u otras circunstancias relevantes). En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia —al tratarse de una competencia transferida— el silencio administrativo tiene igualmente carácter negativo en los procedimientos de revisión iniciados a instancia de parte, una vez transcurrido el plazo de seis meses desde la presentación de la solicitud de revisión en el registro correspondiente.</p>	<p>Artículos 108 y 109 de la Ley 13/2008</p> <p>Disp. Adicional sexta bis y ter (apartado 2) de la ley 5/2024 de 27 de octubre de 2024</p>
<p>Equivalencias Simplificación</p>	<p>La Ley 5/2024 introdujo un sistema de presunciones de equivalencia entre el grado de dependencia y el porcentaje de discapacidad, estableciendo las siguientes referencias mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado I de dependencia: presunción de un mínimo del 33 % de discapacidad. • Grado II de dependencia: presunción de un mínimo del 66 % de discapacidad. • Grado III de dependencia: presunción de un 100 % de discapacidad. <p>Estas equivalencias podían aplicarse salvo que la documentación acreditase un grado distinto, y la resolución administrativa podía establecer de oficio la equiparación entre el grado de dependencia y el porcentaje de discapacidad. No obstante, también se preveía la posibilidad de que la persona solicitante optase por una valoración independiente, en particular de la movilidad, siempre que así lo indicase expresamente en el formulario de solicitud de la Xunta de Galicia.</p> <p>Sin embargo, esta regulación ha sido igualmente objeto de suspensión como consecuencia del recurso de inconstitucionalidad admitido a trámite, y hasta que exista una resolución del Tribunal Constitucional.</p>	<p>Disposición adicional decimosegunda de la Ley 13/2008 (añadida por la Ley 5/2024)</p>

	<p>En consecuencia, quedan suspendidas las presunciones de equivalencia y los mecanismos de simplificación asociados, no resultando aplicable la equiparación automática entre dependencia y discapacidad. En el momento actual:</p>	
--	--	--

- La tramitación debe realizarse exclusivamente de forma separada.
- La valoración de dependencia y la de discapacidad solo se efectuarán si son solicitadas expresamente.
- No es posible la equiparación de oficio por parte de la Administración.

* BS210A - Reconocimiento de la situación de dependencia y de la discapacidad - Sede electrónica - Xunta de Galicia (*Formulario actual, válido a fecha de redacción de la presente guía*)

*En ANEXOS se adjunta modelo de solicitud de dependencia y discapacidad y los anexos correspondientes. (*Modelo actual, válido a fecha de redacción de la presente guía*)

1.6. Vías de reclamación

Ámbito	Vía de reclamación	Contenido / finalidad	Plazos clave	Competencia
Dependencia, SAAD y discapacidad	Reclamación previa a la vía judicial. (obligatoria)	Impugnar resoluciones sobre reconocimiento, revisión de dependencia, SAAD o discapacidad	Interposición: 30 días desde notificación o desde silencio administrativo (6 meses; 3 meses en dependencia y SAAD). Resolución: 45 días (silencio = desestimación)	Administración autonómica
	Demanda judicial	Revisión judicial de la resolución administrativa	Tras desestimación expresa o presunta de la reclamación previa	Jurisdicción social (desde marzo 2024)
	Reclamación de atrasos	Reconocimiento del derecho a percibir prestaciones económicas con carácter retroactivo	Retroactividad desde el día siguiente al vencimiento del plazo máximo de 6 meses	Administración / Jurisdicción social
Deficiencias asistenciales y funcionamiento anormal de servicios	Reclamación o queja administrativa	Solicitar corrección del incumplimiento y garantía de derechos	Sin plazo cerrado, recomendable inmediata tras el hecho	Consellería de Política Social, servicios sociales municipales o centro implicado
	Intervención de los servicios de inspección	Verificar incumplimientos normativos, deficiencias de atención o vulneración de derechos	Cuando existan irregularidades graves, reiteradas o que afecten a varios usuarios	Administración autonómica
	Queja ante Valedor/a do Pobo	Supervisión de la actuación administrativa y formulación de recomendaciones	En cualquier momento tras falta de respuesta o respuesta insatisfactoria	Valedor do Pobo de Galicia
Responsabilidad patrimonial	Reclamación administrativa previa	Reclamar daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria o social	1 año desde el hecho o desde la curación o estabilización del daño	Administración correspondiente
	Recurso contencioso-administrativo	Impugnación de actos que pongan fin a la vía administrativa	2 meses desde notificación del acto final.	Jurisdicción contencioso-administrativa

Recomendaciones finales

- **Guarde siempre copia** de todas las solicitudes, reclamaciones y comunicaciones con la Administración.
- **Cumpla los plazos**, ya que perderlos puede impedir el acceso a la vía judicial.
- **Solicite asesoramiento** jurídico a través de los servicios de orientación jurídica gratuita del Colegio de Abogados de su provincia, si no puede costear abogado.
- **Documente los hechos**: informes médicos, fotografías, certificados o testigos pueden ser claves en una reclamación.
- **No se rinda**: el proceso puede ser largo, pero la ley ampara el derecho a una atención digna y efectiva.

1.7. Conclusiones

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 inadmisibile 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.

En una sociedad progresivamente envejecida, con un aumento sostenido de las situaciones de dependencia y un incremento notable de los problemas de salud mental —agravados por la ausencia de políticas de prevención y de intervención temprana—, resulta imprescindible detenerse, reflexionar y consensuar qué modelo de atención queremos. Solo a partir de esa reflexión colectiva será posible diseñar un sistema coherente, realista y verdaderamente garantista, capaz de ofrecer respuestas ágiles, eficaces y humanas a quienes más lo necesitan.

***Autoría y créditos**

Laura Rivas Cao

Abogada colegiada nº4651 del Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña.

<https://www.perezyrivas.com>

***Normativa y documentación de interés**

- Base de datos el DERECHO (Lefevre).
- Boletín Oficial del Estado
- Diario Oficial de Galicia.
- Página WEB: XUNTA DE GALICIA > Servizo Galego de Atención á Dependencia, Consellería de Política Social e Igualdade.

Para la elaboración de la guía se recabó información mediante fuentes normativas y comunicaciones institucionales, incluyendo una llamada a la Secretaría del Pleno del Tribunal Constitucional.

Atención sociosanitaria y continuidad de cuidados. Alternativas habitacionales

Vanesa Cruz Campos

* Claves

CLAVE 1: La atención sociosanitaria consiste en un conjunto coordinado de acciones sanitarias y sociales orientadas a garantizar que las personas con trastornos mentales reciban una atención integral, continua y adaptada a sus necesidades a lo largo del tiempo y en los distintos niveles asistenciales.

CLAVE 2: La continuidad de cuidados es el conjunto de actuaciones clínicas, sociales y comunitarias que aseguran que, tras un diagnóstico, y/o el alta hospitalaria de una unidad de agudos en psiquiatría, el paciente reciba un seguimiento estable, coordinado y adaptado a sus necesidades para prevenir recaídas y favorecer su recuperación e integración social.

CLAVE 3: 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.**

CLAVE 4: las alternativas habitacionales, tanto en el ámbito autonómico como estatal son totalmente insuficientes. 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.

CLAVE 5: Aunque existe abundante legislación tanto en el ámbito nacional como comunitario que garantiza la atención sociosanitaria y la continuidad de cuidados, su cumplimiento no es efectivo debido a la **falta de desarrollo normativo**, y la **falta de dotación presupuestaria**.

CLAVE 6: Existen mecanismos para hacer valer los derechos en relación a la atención sociosanitaria y la continuidad de cuidados.

2.1. Introducción

La atención sociosanitaria y la continuidad de cuidados son una pieza elemental para garantizar el derecho a la protección de la salud, como derecho fundamental reconocido en nuestra constitución, y el estado de bienestar del individuo, reconocido por la Organización Mundial de la Salud, que define la salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, se puede decir que no corresponde solo a la ausencia de problemas de salud mental, sino que está muy relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y recuperación de las personas.

De ahí la importancia de una buena prevención, detección temprana, asistencia adecuada y de la continuidad de los cuidados, con la finalidad de:

- Prevenir y/o detectar a tiempo la aparición de la enfermedad.
- Asegurar la estabilidad clínica y la adherencia terapéutica.
- Prevenir y reducir reingresos y crisis recurrentes.
- Garantizar la coordinación entre niveles asistenciales: hospitalario, comunitario y social.
- Promover la rehabilitación psicosocial y la inserción laboral o educativa.
- Favorecer la autonomía personal y social.

En otras palabras, se trata de garantizar que la persona con un problema de salud mental no "desaparezca del sistema" tras un diagnóstico y/o un alta hospitalaria, sino que exista un puente real entre los servicios sanitarios, los servicios sociales, el paciente y su entorno familiar, tal como además viene recogido en la Estrategia de salud mental 2022-2026, que establece que: *"La continuidad de cuidados es la capacidad de la red asistencial para proporcionar atención, cuidados y apoyo a lo largo de la vida de la persona (continuidad longitudinal) y de forma coherente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal), con un enfoque de atención comunitaria a la salud mental, en el que la coordinación de los servicios especializados en salud mental y en coordinación estrecha con la red comunitaria, como servicios sociales entre otros, garanticen la continuidad asistencial y de cuidados que debe venir prestada desde los equipos de salud mental de los diferentes dispositivos y desde la consideración de la implicación directa de las personas en su proceso."*

2.2. Marco legal

Derechos reconocidos sobre la asistencia sociosanitaria y continuidad de cuidados en el ámbito de la salud mental

La legislación internacional y nacional vigente en materia de salud incluye, de manera unánime, el pleno desarrollo y cobertura de la salud mental entre sus pretensiones.

Aunque existe abundante legislación tanto en el ámbito nacional como comunitario que garantiza la atención sociosanitaria y la continuidad de cuidados, su cumplimiento no es efectivo debido a la falta de desarrollo normativo, y la falta de dotación presupuestaria.

2.2.1. A nivel estatal

Constitución Española

El artículo 43.1 reconoce el derecho a la protección de la salud y establece **que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios**. Sin embargo, el concepto de protección no se ha interpretado como tal y nuestro sistema se ha dirigido únicamente a ofertar cuidados sanitarios frente a las enfermedades. El campo de la prevención ha estado totalmente abandonado en salud mental. En el artículo 49, se contempla un nuevo mandato a los poderes públicos para que lleven a cabo una política de prevención, tratamiento y rehabilitación e integración del colectivo de personas con discapacidad a los que prestarán la atención especializada que requieran, y los amparan especialmente para el disfrute de los derechos reconocidos en el Título I de la Constitución.

Ley 14/1986, General de Sanidad

La aprobación de esta ley supuso un hito en la atención a la salud mental en el Estado Español al equiparar la atención de las personas con trastorno mental con la atención al resto de problemas de salud.

En el artículo 45 establece que el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que **son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud**

Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud

En su artículo 7.1 establece que **el catálogo de prestaciones** del Sistema Nacional de Salud **tiene por objeto** garantizar las condiciones básicas y comunes para una **atención integral y continuada y en el nivel adecuado de atención.**

En el 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.

Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Regula los derechos de información al paciente, obliga a informar y planificar el alta médica, con informe clínico de alta y recomendaciones de continuidad del tratamiento.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Apunta a la obligación de los poderes públicos de atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal, y poder ejercer plenamente los derechos como parte de la ciudadanía.

En el artículo 25, en relación al **Servicio de Atención Residencial**, establece en el apartado 2 que este servicio **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.

2.2.2. A nivel autonómico: Galicia

Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia.

Se incluye la salud mental y la atención a las drogodependencias dentro de la asistencia como cualquier otro aspecto de salud.

En el artículo 14 se recogen los derechos relacionados con las personas con enfermedades mentales, resultando especialmente relevante entre ellos, el apartado 1c) que, **en relación con los menores de edad, recoge expresamente el derecho de éstos al internamiento en centros o unidades de salud mental infanto-juvenil.**

El artículo 88.1 establece que para la consecución de los objetivos y principios rectores del Sistema público de Salud de Galicia se reconoce la importancia del sector privado de atención sanitaria como complementario y subsidiario a toda su actividad.

El artículo 59.1 establece que la Comunidad Autónoma de Galicia asegura, como mínimo, a todas las personas a que se refiere el artículo 4 de la presente ley las prestaciones y los servicios de salud individual o colectiva facilitados en cada momento por el Sistema Nacional de Salud, así como la garantía de poder acceder, mediante financiación pública, a las prestaciones o técnicas terapéuticas que, estando reconocidas por el Sistema Nacional de Salud, no se realizan en la comunidad autónoma gallega y puedan resultar beneficiosas para el o la paciente al haber sido prescritas por profesionales del Sistema Público de Salud.

Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia.

Artículo 2.2 Los programas preventivos, asistenciales y rehabilitadores formarán un todo homogéneo y garantizarán a través de la continuidad terapéutica una actuación coherente en la atención de la salud mental.

Artículo 16.3 Podrán **destinarse unidades residenciales** a alojar pacientes que no precisen cuidados sanitarios específicos, pero que presenten carencias de autonomía que requieran **una atención social continuada de carácter tutelar**.

Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.

Establece la coordinación entre servicios sanitarios y sociales. Reconoce el derecho de todas las personas a acceder a los servicios sociales cuando se encuentren en situación de vulnerabilidad o exclusión social por razones de salud mental.

Decreto 347/2002, de 5 de diciembre, por el que se regulan los pisos protegidos, viviendas de transición y unidades residenciales para personas con trastornos mentales persistentes.

Artículo 7. Las unidades residenciales son equipamientos de pequeño tamaño destinados a albergar, en régimen de convivencia casi familiar, a un número máximo de 25 personas.

Artículo 12. Son requisitos imprescindibles para acceder a los pisos protegidos, viviendas de transición y unidades residenciales, padecer un trastorno mental persistente y ser mayor de 16 años y menor de 60.

Decreto 142/2023, de 21 de septiembre, por el que se regulan el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa individual de atención, y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

Artículo 5.2. De conformidad con el artículo 14 de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, los servicios del catálogo tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la red de servicios sociales por la Comunidad Autónoma mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados. De no ser posible la atención mediante alguno de estos servicios, procederá el reconocimiento de la prestación económica vinculada al servicio. Esta prestación irá destinada a cubrir los gastos de los servicios previstos en el Programa individual de atención, que deberán ser prestados por una entidad debidamente autorizada para la atención a la dependencia.

Artículo 30.4. En las situaciones de emergencia social reguladas en el artículo 17 y en los supuestos en los que por resolución judicial deba asignarse una plaza, cuando no haya plazas vacantes en un centro de la tipología idónea se podrá adjudicar **de forma temporal** una plaza vacante en otro centro

Ley 7/2022, de 27 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas.

Se modifica el Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste, **con la finalidad de recoger el límite mínimo de edad para el acceso a los servicios de atención residencial a prestar en centros o residencias de mayores (60 años), y conseguir así una atención más centrada en las necesidades de las personas, teniendo en cuenta el principio de especialización de los servicios en función de los colectivos a atender**, así como la búsqueda de una homogeneidad en las características etarias de los usuarios que den cumplida respuesta a las necesidades homogéneas de los mismos, como ya se recogía en su día en la Orden de 18 de abril de 1996. Por otra parte, las residencias de mayores no parecen la respuesta asistencial más idónea a las necesidades residenciales de adultos no mayores con problemas de salud mental, y que son derivados del servicio de salud después de haber recibido una atención sanitaria inicial o de urgencia en los centros sanitarios. La urgencia de la medida viene motivada por la necesidad de conseguir una homogeneidad en las características etarias de los usuarios para poder dar una respuesta más adecuada a las necesidades de los mismos, con una asignación más eficiente de los recursos, añadiendo un párrafo final en el artículo 5.2, en el que se introduce una edad mínima para el ingreso en las residencias de mayores. **Con esta reforma se da cumplimiento al principio de especialización de los servicios en función de los colectivos a atender.**

Plan de Salud Mental de Galicia pos-COVID-19 (SERGAS, 2020-2024)

A pesar de que un Plan no tiene fuerza jurídica debe, no obstante, perseguir el cumplimiento riguroso de todos sus objetivos y programas. Lamentablemente no ha sido el caso del antiguo Plan de salud mental de Galicia 2020-2024, tal como apunta el informe del Consello de Contas (2025). Las ambiciones de los Planes y programas de salud mental requieren un respaldo legal que regule y garantice el cumplimiento de sus objetivos, y que defina con precisión los medios y recursos necesarios para alcanzarlos. Sin este respaldo legal, los programas operativos se acaban quedando, demasiado a menudo, en el ámbito de lo teórico y de las buenas intenciones.

La salud mental, a pesar de su papel central como punto de partida o como consecuencia de otras patologías crónicas, viene sufriendo una injustificada marginación en las políticas sanitarias, tal y como se señala en el "Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación": *"es frecuente que los servicios de salud mental queden postergados en relación con otros servicios de salud, o no se proporcionen de manera apropiada o efectiva en términos costo-beneficio"*. Y en su plan de acción menciona, en concreto, *"el descuido de los servicios y la atención a la salud mental"* o *"las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales"*, y fechaba en el año 2020 el momento en que los países deberían tener ya elaborada y actualizada su legislación sobre salud mental.

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 específica 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.

2.3. Consecuencias de una insuficiente atención sociosanitaria a la salud mental

En su "Libro Verde" la Comisión Europea, reunida en Bruselas en octubre del 2005 por encargo de la OMS, apuntaba ya a la depresión como la principal causa de enfermedad en el mundo desarrollado para 2020, e indicaba que el número de muertes por suicidio superaba ya a las cifras anuales en accidentes de tráfico, homicidios y VIH/SIDA. Esta situación prevista para Europa se reproduce a nivel estatal, según apuntan datos más actualizados de morbilidad de personas con enfermedad mental del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Centro Nacional de Epidemiología (CNE).

Existe la creencia errónea entre muchos gestores públicos de que, la inversión en otros servicios de salud son más provechosos para la sociedad, acentuando la discriminación de un importante sector de la población.

Sin embargo, las enfermedades mentales engloban un conjunto amplio de trastornos que afectan a una porción muy numerosa de la población. Muchos de ellos son altamente incapacitantes, por lo que los efectos de una gestión inadecuada se extienden a sus familias y personas cuidadoras.

Estos trastornos incluyen, entre otros: los trastornos mentales orgánicos como Alzheimer, Parkinson o las demencias; las adicciones y los trastornos derivados del uso compulsivo de sustancias como el alcohol, el tabaco y otras drogas; adicciones sin sustancia (ludopatía, videojuegos...), "burn out" o síndrome de estrés laboral, la esquizofrenia y los trastornos delirantes; los trastornos afectivos como la depresión o el trastorno bipolar; trastornos neuróticos y relacionados con el estrés y la ansiedad, síndromes del comportamiento relacionados con alteraciones fisiológicas y factores físicos como la anorexia o la bulimia; los trastornos del espectro autista y síndrome de Asperger, y otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

Más allá de la falta de justicia social para con un grupo numeroso y especialmente vulnerable de la población, las consecuencias de no atender adecuadamente el problema se expanden a través de diversos sectores, multiplicando sus efectos negativos:

- La calidad de vida de las personas afectadas se ve mermada de modo drástico y sus años de vida reducidos.
- **El peso de la atención y el cuidado de las personas con trastornos graves recae en las familias** que, sin recursos ni preparación para afrontar el problema, se ven abocadas a dificultades económicas, dificultades para encontrar empleos estables, y finalmente a situaciones de exclusión social que acaban derivando en nuevos problemas de salud mental.
- La gravedad del problema se minimiza y los trastornos menos graves (estrés, ansiedad o depresión) se ignoran o se silencian, son causa inadvertida de ausentismo o falta de productividad laboral, y derivan en muchos casos en enfermedades orgánicas que consumen otros recursos médicos especializados, afectando de esta manera a todos los sectores de la economía. (Según datos de la OMS, en los países desarrollados, **hasta el 45% del ausentismo laboral se debe a problemas de salud mental.**)
- En otros casos, la falta de una cultura de salud mental adecuada hace que las patologías se ignoren durante años hasta convertirse en graves (muchas veces por vergüenza o miedo), o se tratan con automedicación, alcohol, drogas o tabaco, cuyo consumo prolongado deriva en enfermedades hepáticas, cardiopatías, neoplasias (cáncer) y otras enfermedades que también consumen recursos médicos especializados y que saturan el sistema sanitario.
- **Los trastornos mentales derivan, demasiado a menudo, en situaciones de marginación, estigmatización y conflictividad social,** que podrían evitarse con una cultura de salud mental más ajustada a la realidad, y con una mejor gestión de los recursos.

Una adecuada asistencia sanitaria y apoyo psicosocial en salud mental a personas enfermas y familiares son decisivos para la recuperación de enfermedades de larga duración y para las enfermedades crónicas.

Una atención insuficiente y una mala gestión en salud mental supone graves consecuencias, no solo para las personas afectadas directamente y sus familias, sino para el conjunto de la sociedad.

El hecho de destinar una cantidad ínfima del presupuesto en salud mental, siendo que esta área de la salud afecta a una gran parte de la población, y que genera una cantidad de años de vida perdidos AVAD comparables a los de las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, es muestra o bien de un alto grado de desconocimiento por parte de los gestores públicos, o bien una profunda irresponsabilidad, incompetencia, o falta de empatía.

2.4. Vías de reclamación

2.4.1. Queja o sugerencia ante la Administración.

Ante cualquier funcionamiento anormal por parte de la Administración ya sea por deficiencias en la atención sanitaria o sociosanitaria, falta de continuidad asistencial, falta de respuesta a solicitudes, inactividad administrativa, trato inadecuado, o cualquier otra actuación que suponga una vulneración de derechos, la primera opción debería ser la interposición de una queja o sugerencia ante el órgano responsable del servicio afectado (por ejemplo, SERGAS o Servicios Sociales).

La queja puede presentarse por vía electrónica, de forma presencial o por teléfono, siguiendo los procedimientos establecidos por la Xunta de Galicia. Existen formularios normalizados para su presentación tanto electrónica como presencial, lo que facilita su tramitación.

No obstante, se recomienda utilizar preferentemente la vía electrónica o presencial, en lugar de la telefónica. Aunque la presentación de una queja no suspende los plazos ni es un requisito obligatorio para acudir a otras vías de reclamación, permite dejar constancia formal de la incidencia planteada, y obliga a la Administración a dar una respuesta motivada, generando un antecedente administrativo que puede resultar relevante a efectos de ulteriores actuaciones administrativas, acciones judiciales o eventuales reclamaciones de responsabilidad patrimonial.

*Se adjunta modelo de queja o sugerencia, para presentación presencial en el apartado de ANEXOS.

Asimismo, se puede realizar por vía electrónica en el siguiente enlace:

<https://sede.xunta.gal/es/tramites-e-servizos/presentacion-de-suxestions-e-queixas>

2.4.2. Queja ante el/la Valedor/a del Pueblo.

De forma paralela se puede presentar una queja ante o Valedor do Pobo de Galicia.

Al igual que en el caso anterior, la presentación de la queja no suspende plazos ni es requisito obligatorio para otras vías de reclamación. No obstante, permite dejar constancia formal de la situación denunciada, y activa la intervención institucional del Valedor do Pobo, que puede dirigirse a la Administración competente mediante recomendaciones, sugerencias o advertencias relativas al correcto funcionamiento del servicio público.

Asimismo, las resoluciones del Valedor do Pobo no son vinculantes, pero generan un antecedente administrativo relevante que puede resultar de utilidad para respaldar posteriores actuaciones en vía administrativa y judicial.

La queja puede formularse de forma presencial ante cualquier registro público, de forma telemática o por correo postal.

*Se adjunta modelo de queja ante o Valedor do Pobo para presentación presencial en el apartado de ANEXOS.

Asimismo, se puede realizar por vía electrónica en el siguiente enlace:

<http://www.valedordopobo.gal>

2.4.3. Recursos administrativos.

Contra cualquier resolución administrativa (ya sea expresa o derivada del silencio administrativo), que suponga la denegación de un derecho asistencial (como por ejemplo la denegación de un tratamiento médico, terapéutico, farmacológico; las denegaciones de internamientos en centros terapéuticos especializados, etc) o, la asignación de un recurso inadecuado (como por ejemplo: el internamiento de menores en unidades de agudos de adultos, o de personas menores de 60 años con enfermedad mental grave en residencias de mayores y con carácter permanente) puede presentarse un recurso formal. Dicho recurso puede ser un RECURSO POTESTATIVO DE REPOSICIÓN o en su caso, un RECURSO DE ALZADA. La resolución denegatoria debe indicar de forma obligatoria los recursos que proceden contra la misma y el órgano competente.

Esta vía, es algo más compleja que las anteriores, y requiere determinar de forma concreta la vulneración del derecho y sobre todo ser muy riguroso con la aportación de pruebas, (solicitudes por escrito del servicio denegado o prestado de forma deficiente, informes médicos que avalen la necesidad del recurso o tratamiento solicitado, quejas formuladas ante su denegación, etc) por ello, aunque no es obligatoria la intervención de un abogado, si resulta recomendable contar con un asesoramiento legal, especialmente cuando la vulneración es grave y se quiere obtener un resultado efectivo, puesto que supone una base o antecedente muy relevante si resultase necesario recurrir a la vía judicial.

*Se adjunta modelo de recurso potestativo de reposición y modelo de recurso de alzada en el apartado de Anexos.

2.4.4. Vía judicial.

Demanda contencioso-administrativa ante los tribunales de justicia.

Demanda contencioso-administrativa ante la resolución desfavorable de los recursos anteriores

Una vez agotada la vía administrativa, ya sea porque existe una resolución expresa desfavorable del recurso potestativo de reposición y/o recurso de alzada, o porque la Administración no dicta una resolución expresa en los plazos legales, (silencio administrativo), se puede acudir a la vía judicial.

Solo se puede acudir a esta vía si previamente se han agotado las anteriores, y en todo caso, siempre que no hayan transcurrido los plazos legales para su interposición, para lo cual resulta especialmente relevante contar con asesoramiento legal especializado

desde el inicio del procedimiento de reclamación, aunque la intervención de abogado solo es obligatoria en la vía judicial.

Para la presentación de la demanda contenciosa se puede solicitar la designación de un abogado de oficio, siempre y cuando se cumplan los requisitos económicos establecidos en la Ley de Asistencia Jurídica Gratuita. Esta solicitud debe realizarse en los servicios de asistencia jurídica gratuita que ofrecen los Colegios de Abogados. La solicitud de abogado de oficio suspende los plazos para interponer la demanda judicial.

Esta es la única vía que tiene carácter vinculante para la Administración, ya que cuando se dicta una sentencia firme, la Administración debe cumplirla, asegurando que se respete nuestro derecho.

Demanda de responsabilidad patrimonial, para exigir indemnización por los daños y perjuicios causados por la denegación o inadecuación de un recurso sanitario o asistencial.

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 como requisito previo presentar una **reclamación administrativa previa**. Esta última no requiere la intervención de abogado, aunque se recomienda contar con asesoramiento legal especializado. **Es muy importante tener en cuenta que el plazo para iniciar esta reclamación prescribe al año de producido el hecho o acto que motive la indemnización.**

Ante la resolución denegatoria de la reclamación previa, o en su caso, silencio administrativo, se puede acudir a la vía judicial, para la cual resulta necesaria la intervención de abogado, que al igual que en el caso anterior, se puede solicitar la designación de un abogado de oficio, ante el correspondiente Colegio de Abogados, siempre que se cumplan los requisitos legales. En todo caso, la solicitud de abogado de oficio suspende el plazo para interponer la demanda judicial en caso de denegación.

2.5. Conclusiones

1.- Las personas con problemas de salud mental siguen siendo ignoradas, marginadas y silenciadas. En contra de lo que establece la propia Constitución sobre la obligación de los poderes públicos de protección, atención y amparo a las personas enfermas, **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. Esta dejación de funciones deja a las personas con enfermedades mentales y a sus familias en el más absoluto desamparo.

2.- Urge crear una infraestructura habitacional de residencias para personas con enfermedades mentales graves, que requieran una atención continuada y no puedan vivir con sus familias. **No es procedente seguir ingresando a personas menores de 60 años con problemas de salud mental persistentes en residencias para mayores y con carácter permanente.**

3.- Teniendo en cuenta la cronicidad de las enfermedades graves en salud mental, y que el sector privado será solo complementario y subsidiario de la actividad pública, tal como dice la ley, **se necesita un porcentaje mínimo suficiente de residencias públicas** para personas con problemas graves de salud mental, tanto menores como mayores de edad.

4.- Un mejor modelo de gestión de la salud mental debería aspirar a funcionar como red asistencial integral e integrada en la sociedad. **El tratamiento de la salud mental debe proveerse y organizarse funcionalmente desde la Atención Primaria**, con equipos multidisciplinares de salud mental en los Centros de Salud, y un circuito permanente y continuo de recursos y servicios, **para evitar la fragmentación en la asistencia.**

5.- Cuando las leyes obligan a las Administraciones Públicas a aplicar los derechos reconocidos en las mismas, no incluir en los presupuestos la inversión necesaria para hacer efectivos esos derechos, no exime a la Administración correspondiente de sus obligaciones legales.

6.- Aunque el marco normativo estatal y autonómico reconoce todos estos derechos, su aplicación práctica sigue siendo limitada. **Resulta imprescindible un mayor desarrollo normativo**, reforzar la coordinación entre servicios sanitarios y sociales, ampliar los recursos disponibles, y garantizar una atención comunitaria centrada en la persona, la recuperación y la inclusión social.

* Autoría y créditos

Vanesa Cruz Campos

Colegiada núm. 4037 del Ilustre Colegio de abogados de A Coruña.

www.tallerdeabogados.com

* Normativa y documentación de interés

- La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Autores: J. Leal Rubio, A. Escudero Nafs (Eds.). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
- Base de Datos jurídica Aranzadi LA LEY.
- *Comentarios a la Ley de Jurisdicción Contencioso-Administrativa*. Autores: Belén López Donaire, Luis Moll Fernandez-Figares y Pablo de la Cruz López. Editorial: Bosch

Otras fuentes bibliográficas y estadísticas:

- Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Instituto Galego de Estatística (IGE)
- Eurostats
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- European Brain Council (EBC)
- Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Ministerio de Sanidad,
- Consumo y Bienestar Social.
- ESEMEeD España
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- El Defensor del Pueblo
- Instituto de Salud Carlos III
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Centro de investigación biomédica en red. Área temática de Salud Mental (CIBERSAM)
- Sistema de Información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud

- (SISLE SNS)
- Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios.
- Constitución Española 1978
- Ley General de Sanidad de 1986
- Decreto 389/1994 do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia
- Red Europea de Economía de la Salud Mental
- Libro Verde de la Comisión de la Comunidad Europea
- Institute for Health Metrics and Evaluation.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

CAPÍTULO 3

Salud mental en el trabajo

Francisca Fernández Prol

* Claves

CLAVE 1: El trabajo, dada la concurrencia de los riesgos psicosociales, es causa potencial de desarrollo o agravamiento de trastornos de carácter mental. Dichas patologías han experimentado, en los últimos años, un aumento muy significativo. El impacto es mayor en el caso de las trabajadoras.

CLAVE 2: Conforman factores de riesgos psicosociales, en particular, la ordenación del elemento tiempo de trabajo, las nuevas tecnologías -TICs, robotización, algoritmos e inteligencia artificial-, el acoso y la violencia laborales, así como la precariedad en el mercado de trabajo.

CLAVE 3: Frente a los riesgos psicosociales, la empleadora debe arbitrar medidas de prevención. La normativa laboral contempla la singular situación de personas trabajadoras con enfermedades mentales o con obligaciones de cuidado respecto de familiares o terceros con enfermedades mentales.

3.1. Introducción: entorno laboral y salud mental

3.1.1. Trabajo y protección del bienestar emocional

El trabajo o desempeño de una prestación de servicios puede derivar en el desarrollo o agravamiento de una patología de carácter psicológico o mental. Frente a tal posibilidad, las personas trabajadoras gozan de protección, siendo responsabilidad de la entidad empleadora velar por su seguridad y salud, incluso de su bienestar emocional.

Toda persona trabajadora tiene derecho al desarrollo de su prestación de servicios en un entorno laboral saludable, incluso desde una óptica mental. Es responsabilidad de la empleadora la adopción de todas las medidas, de carácter organizativo o disciplinarias (de apreciarse conductas generadoras de riesgos en otras personas trabajadoras), a tal efecto reputadas necesarias.

3.1.2. Los riesgos psicosociales

Conforman riesgos psicosociales aquellas condiciones de trabajo susceptibles de provocar el desarrollo o agravamiento de patologías de carácter psicológico o mental.

Tales riesgos psicosociales son múltiples, estando vinculados, entre otros aspectos, a:

- Organización del trabajo: tiempo y ritmos de trabajo, sistemas de rendimiento y productividad.
- Modo de prestación de servicios: trabajo presencial o a distancia, así como condiciones ambientales.
- Recurso a determinadas herramientas de trabajo: nuevas tecnologías.
- Concurrencia de situaciones de acoso o violencia en el trabajo.
- Situaciones de precariedad laboral.

3.1.3. Impacto y patologías recurrentes

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 Trabajo², entre 2018 y 2024:

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

² <https://www.insst.es/noticias-insst/los-trastornos-mentales-suponen-la-segunda-causa-de-baja-por-incapacidad-temporal-en-espana>

Los datos de 2025 -de enero a septiembre-, relativos a las patologías no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRASS)³ ponen de manifiesto que los "desórdenes mentales" representaron el 5,63% de los partes comunicados. Por otro lado, desglosados por sexos, los datos revelan un impacto muy singular en las trabajadoras.

Pues, mientras que en el caso de los hombres tal porcentaje es del 2,93%, en el caso de las mujeres se eleva al 12,20%, conformando, para estas, el tercer grupo de patologías con impacto más destacado⁴.

La feminización de los sectores y ocupaciones más expuestos, por su precariedad o atención de terceros (pacientes, clientes, usuarios y usuarias, alumnado...), explican, en buena medida, el referido sesgo de género. En 2025, en efecto, las actividades en las que se registró un mayor porcentaje de bajas laborales por desórdenes mentales fueron las sanitarias y de servicios sociales, el comercio, las actividades administrativas y servicios auxiliares, el transporte y almacenamiento y la educación⁵.

3.2. Factores desencadenantes

3.2.1. El factor "tiempo de trabajo" y el rendimiento exigido

Diversas circunstancias vinculadas a la organización del factor "tiempo de trabajo" están estrechamente vinculadas al desarrollo o agravamiento de patologías psicológicas o mentales. Entre éstas, generadoras de episodios de fatiga o agotamiento crónico -tanto físico como mental-, pueden enumerarse:

- **Exceso de jornada:** prolongación de la jornada ordinaria, superando los límites legales o previstos en convenio colectivo, con reconocimiento de las correspondientes horas extraordinarias (mediante abono o compensación por descansos), o, incluso, sin dicho reconocimiento.
- **Prestación de servicios en horario nocturno o en turnos,** con potencial impacto en la salud de la persona trabajadora (trastornos del sueño, entre otros),
- **Horarios no adaptados a las circunstancias singulares de la persona trabajadora,** dificultando la conciliación con la vida personal y familiar
- **Carácter no previsible e incerteza de la jornada y/o horarios a desarrollar:** en el marco de algunas modalidades contractuales (contratos a tiempo parcial o fijo discontinuo), a través de la prolongación de la jornada (mediante horas extraordinarias o horas complementarias en el caso del contrato a tiempo parcial) o por la sujeción a cláusulas de disponibilidad o prácticas informales.

³ Vid. gráfico "Distribución porcentual por categorías de patología no traumáticas. Enero-Septiembre 2025", disponible en:

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST231/2083>

⁴ Por delante, solo se encuentran las enfermedades del aparato locomotor y las enfermedades de la piel

⁵ Vid. Informe "Número de partes comunicados con baja por categoría de patología y CNAE (nivel de agrupación letra). Enero-Septiembre 2025", disponible en <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST231/2083/2086/3635>

- **Descansos insuficientes** en términos temporales o de escasa calidad al ser objeto de interrupciones: la persona trabajadora, constantemente conectada -hiperconectada- se encuentra, explícita o implícitamente, compelida a responder, durante los descansos y/o vacaciones, a llamadas o mensajes de la empresa, compañeros/as de trabajo, clientes, proveedores...

Por otro lado, también la exigencia de un rendimiento o productividad desproporcionados, considerando el tiempo o recursos disponibles -exceso de tareas, funciones múltiples, simultaneidad de cometidos- deriva en la generación o agravamiento de patologías mentales.

3.2.2. El impacto de la tecnología: TICs, robotización, algoritmos e inteligencia artificial

La introducción de nuevas tecnologías en el ámbito laboral transformó la manera de trabajar, determinando fatiga, aislamiento o estrés, a su vez susceptibles de causar o agravar patologías mentales:

- La exposición constante a herramientas tecnológicas no genera sólo riesgos físicos - por ejemplo, posturales u oftalmológicos por la utilización de equipos con pantallas de visualización-, sino también psicosociales, dada la "carga mental" -según la terminología empleada por el Real Decreto 488/1997- o cansancio o agotamiento derivados del manejo a lo largo de toda la jornada laboral e incluso en tiempo de descanso, de equipos y medios informáticos -ordenadores portátiles, teléfonos inteligentes...-. Efectos, derivados de los equipos mismos, a los que se suman, por otro lado, los inherentes a las tecnologías de la información y comunicación (TICs), fruto, en este caso, de la conexión constante de la persona trabajadora, en horario laboral y también durante su tiempo de descanso. Frente a la "fatiga informática"⁶ o estrés - también referido como tecnoestrés⁷ - derivados de la hiperconexión de la persona trabajadora, fue reconocido el derecho a la desconexión digital: así, en el art. 88 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGD) y en el art. 20 bis del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (ET).

- Desde otra perspectiva, merece destacarse el impacto en la salud mental del teletrabajo, propiciado precisamente por la TICs: el desempeño de la prestación de servicios en el propio hogar, en efecto, puede derivar en hábitos nocivos con efecto en la salud física -así, a través del sedentarismo-, pero también psíquica, dado el aislamiento prolongado de la persona trabajadora y falta de contacto social. Además, singularmente en el caso de las mujeres, el recurso al teletrabajo como herramienta de conciliación de la vida personal y familiar -como así prevé el art. 34.8 ET-, a menudo implica la asunción

⁶ Expresión empleada por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (art. 88.3), así como por la Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia (art. 18.2).

⁷ Nuevamente, en la Ley de trabajo a distancia (Exposición de Motivos).

simultánea de múltiples tareas -estrictamente profesionales, pero también de cuidado o de carácter doméstico-, lo que conforma un nuevo y potente factor de estrés.

- La incorporación de robots, tecnología algorítmica e IA a los procesos productivos y estrategias empresarias puede contribuir al desarrollo de trastornos de carácter mental: por la convivencia con la máquina impuesta a la persona trabajadora -robots que sustituyen a compañeros de trabajo- y también por su sujeción a procesos de gestión y toma de decisiones determinados por algoritmos y herramientas de IA, deshumanizando, por tanto, la persona trabajadora, desde la óptica de la máquina, apenas conformada por un conjunto de datos.

3.2.3. El acoso y la violencia en el trabajo

El lugar de trabajo -en sentido amplio, físico o virtual- y la prestación de servicios pueden convertirse en escenario y pretexto de acoso y violencia. El empleador, superiores jerárquicos, compañeros/as, subalternos o terceros con los que se entre en contacto en el marco de la prestación de servicios (clientes, usuarios, pacientes, proveedores...) se convierten entonces en agresores.

Según señala el Convenio 190 de la OIT, sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo⁸, "la expresión «violencia y acoso» en el mundo del trabajo designa un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género" (art. 1.1.a). Según dicha concepción amplia, por tanto, se estiman potencialmente lesivas no sólo conductas sistemáticas, reiteradas y prolongadas en el tiempo, sino también actos aislados cuando revistan una singular gravedad o entidad.

Procede distinguir las siguientes categorías de acoso y violencia en el trabajo, determinantes de la conculcación de múltiples derechos fundamentales, entre otros, por su impacto en la salud de la persona trabajadora, del derecho a integridad física y moral (art. 15 CE):

- **Acoso moral y actos de violencia moral:** el acoso moral, con arreglo al Convenio 190 OIT, puede definirse como el conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, de efectos degradantes, ofensivos o humillantes, así como las amenazas de tales comportamientos y prácticas, que causen, o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico o económico. La concurrencia no sistemática o aislada de dichos comportamientos y prácticas determinará, cuando revistan especial gravedad, la calificación como actos de violencia moral. El acoso y violencia morales conculcan los derechos a la dignidad y a la integridad física y moral de las víctimas.

⁸ Convenio de 21 junio de 2019, objeto de ratificación por Instrumento de 8 de marzo de 2022 (en España, en vigor desde el 25 de mayo de 2023).

- **Acoso sexual:** cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga por objeto o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se cree un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo⁹. El acoso sexual incluye tanto las conductas reiteradas o con efectos prolongados en el tiempo, como actos únicos o aislados cuya gravedad determine la consideración como acoso. El acoso sexual conculca, singularmente, los derechos a la no discriminación por razón de sexo, a la intimidad, a la dignidad y a la integridad física y moral de las víctimas.
- **Acoso por razón de sexo:** cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear una entorno intimidatorio, degradante u ofensivo¹⁰. En tanto en el acoso sexual el comportamiento presenta "naturaleza sexual", en el acoso por razón de sexo, la conducta se presenta "en función del sexo de una persona". De nuevo, un único acto de especial gravedad puede ser constitutivo de acoso por razón de sexo, sin necesidad de reiteración. El acoso por razón de sexo conculca, singularmente, los derechos a la no discriminación por razón de sexo, a la dignidad y a la integridad física y moral de las víctimas.
- **Acoso al colectivo LGTBI:** conforma acoso por orientación sexual, identidad o expresión de género cualquier conducta o comportamiento, verbal o físico, realizado por razón de alguna de dichas causas, con el objetivo o consecuencia de atentar contra la dignidad de una persona, o grupo en el que se integra, y de crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo. Nuevamente, en atención a la intensidad o gravedad de los comportamientos o conductas, un acto aislado puede, en sí mismo, ser constitutivo de acoso y violencia LGTBI. El acoso al colectivo LGTBI conculca, singularmente, los derechos a la no discriminación, a la dignidad, a la intimidad y a la integridad física y moral de las víctimas.
- **Acoso discriminatorio:** cualquier conducta realizada por razón de alguna causa de discriminación -nacionalidad, edad, residencia legal, nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, discapacidad, orientación o identidad sexual, expresión de género, enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos, lengua, situación socioeconómica, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social-, con el objetivo o la consecuencia de atentar contra la dignidad de una persona o grupo en el que se integra y de crear una entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo ¹¹ . La concurrencia no sistemática o aislada de dichos comportamientos y prácticas determinan, cuando revistan especial gravedad, la calificación como actos de violencia discriminatoria. El acoso discriminatorio conculca, singularmente, los derechos a la no discriminación y a la integridad física y moral de las víctimas

⁹ Art. 7.1 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOI).

¹⁰ Art. 7.2 LOI

¹¹ Art. 6.4 de la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación

Debe subrayarse la relación ambivalente existente entre acoso o violencia laborales y salud mental:

- Por una parte, el acoso o violencia ejercidos en el ámbito laboral -en cualquiera de las modalidades referidas- puede determinar la generación de patologías mentales.
- Por otro lado, la concurrencia de una "enfermedad o condición de salud" -por tanto, también mental- puede ser causa de acoso o violencia laboral, en particular, de acoso o violencia discriminatorios.

Incluso la enfermedad mental padecida por una tercera persona, vinculada a la persona trabajadora por relación de parentesco o de cuidado, puede determinar el trato discriminatorio de la persona trabajadora -acoso o actos de violencia discriminatorios-, a través de la llamada discriminación por asociación. Dicha discriminación por asociación fue definida por la Ley 15/2022 en los términos siguientes: existe discriminación por asociación cuando una persona o grupo en el que se integra, debido a su relación con otra sobre la que concurra alguna de las causas de discriminación -entre otras, la discapacidad, enfermedad o condición de salud-, es objeto de un trato discriminatorio (art. 6.2.a) Ley 15/2022).

3.2.4. La precariedad laboral

La precariedad laboral genera impacto en la salud mental de las personas trabajadoras. Tal precariedad puede derivar de las circunstancias, estructurales o sobrevenidas, siguientes:

- Contratación laboral atípica: contratación temporal, a tiempo parcial o fijo discontinua.
- Sujeción a condiciones precarias: baja cualificación, baja remuneración o remuneración de carácter irregular, jornadas prolongadas, horario inadecuado o fluctuante.
- Concurrencia de situaciones de crisis empresarial, determinantes del temor al despido y desempleo o a la aplicación de otras medidas de reestructuración - expedientes temporales de empleo, traslados o modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo-.

La mayor exposición de las trabajadoras a dichos factores de precariedad laboral -dada la feminización de la temporalidad, del trabajo a tiempo parcial o de actividades escasamente remuneradas (trabajo en el hogar y de cuidados)- implica el mayor impacto en las mismas de las patologías mentales vinculadas al trabajo.

3.3. Prevención y protección

3.3.1 Prevención de riesgos psicosociales

El derecho de las personas trabajadoras a la protección de su seguridad y salud y correlativo deber empresarial de prevención se hallan regulados en el art. 14 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), a cuyo tenor:

- "Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales".
- "En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo".

En virtud del referido derecho-deber, el empresario debe articular y aplicar un plan de prevención de los riesgos laborales (art. 15.2.a) LPRL), incluso psicosociales. A tal efecto, debe efectuar una evaluación inicial de dichos riesgos, considerando, en particular, los factores potencialmente determinantes -estrategias organizativas, tiempos de trabajo y de descanso y empleo de nuevas tecnologías-, así como la posible concurrencia de situaciones de acoso y violencia laborales -así, singularmente, en el caso de personas especialmente sensibles (con discapacidad, patologías, de mayor edad, LGTBI...)-.

Si los resultados de la evaluación ponen de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario desarrollará aquellas actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir y controlar tales riesgos (art. 15.2.b) LPRL).

En materia de prevención de los riesgos inherentes a la hiperconexión, deben tenerse en cuenta las previsiones específicas en la materia. Así, el art. 88.3 LOPDGD señala: "El empleador, previa audiencia de los representantes de los trabajadores, elaborará una política interna dirigida a trabajadores, incluidos los que ocupen puestos directivos, en la que definirán las modalidades de ejercicio del derecho a la desconexión y las acciones de formación y de sensibilización del personal sobre un uso razonable de las herramientas tecnológicas que evite el riesgo de fatiga informática. En particular, se preservará el derecho a la desconexión digital en los supuestos de realización total o parcial del trabajo a distancia, así como en el domicilio del empleado vinculado al uso con fines laborales de herramientas tecnológicas".

Por su singular naturaleza, son especialmente relevantes las acciones de información, sensibilización y formación en materia de acoso y violencia, dirigidas a que las personas trabajadoras conozcan e identifiquen comportamientos de acoso y de violencia -a menudo invisibilizados, minimizados o normalizados- y adopten una conducta proactiva en la consecución de un entorno laboral saludable. Las campañas deben, además, proporcionar información relativa a los canales -protocolos- de denuncia, erradicación de conductas de acoso y violencia, así como de protección y reparación de las víctimas.

3.3.2. La persona trabajadora en situación de incapacidad temporal o incapacidad permanente a causa de patologías de carácter mental

El contrato de trabajo de la persona trabajadora que, a causa de una patología de naturaleza psicológica o mental, vea temporalmente afectada su capacidad de trabajo, se suspenderá. Durante dicha suspensión por incapacidad temporal, se reservará su puesto de trabajo (art. 45 ET), accediendo, de cumplir los requisitos a tales efectos previstos, a la correspondiente prestación de Seguridad Social (art. 172 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, LGSS¹²).

De generar la patología de naturaleza psicológica o mental, "reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen la capacidad laboral" (art. 193 LGSS), procederá la declaración de incapacidad permanente¹³ de la persona trabajadora, que determinará:

- La suspensión de la relación laboral, con reserva del puesto de trabajo, durante un período de 2 años a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la incapacidad permanente, cuando, a juicio del órgano de calificación, la situación de incapacidad de la persona trabajadora vaya a ser previsiblemente objeto de revisión por mejoría que permita su reincorporación al puesto de trabajo (art. 48.2 ET).
- La aplicación de los ajustes razonables para que la persona trabajadora prosiga en el desarrollo del contrato de trabajo o el cambio a un puesto de trabajo compatible con su nueva situación (art. 49.1.n) ET).
- La extinción del contrato de trabajo, cuando no sea posible realizar los ajustes razonables por constituir una carga excesiva para la empresa, cuando no exista un puesto de trabajo vacante y disponible, acorde al perfil profesional y compatible con la nueva situación de la persona trabajadora o cuando existiendo dicha posibilidad la persona trabajadora rechace el cambio de puesto de trabajo adecuadamente propuesto (art. 49.1.n) ET). La incapacidad temporal o incapacidad permanente se estimarán derivadas de contingencia profesional si se acredita que la patología determinante de las mismas ha sido contraída por la persona trabajadora con motivo de la realización de su trabajo (art. 156 LGSS).

¹² En el caso de las personas trabajadoras integradas en el Régimen General de la Seguridad Social, además de los requisitos de afiliación y alta, se exige:

- En caso de enfermedad común, 180 días cotizados dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante.
- En caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exigirá ningún período previo de cotización.

¹³ Gran incapacidad, incapacidad permanente absoluta o total.

3.3.3. Derechos de conciliación

La normativa laboral reconoce derechos de conciliación, asimismo de aplicación a las personas trabajadoras al cuidado de familiares, cónyuges o parejas de hecho, o terceros con enfermedades mentales. Tales derechos, que permiten atender las necesidades de cuidado -puntuales o de larga duración- de las personas enfermas, son, en esencia, los siguientes:

- **Adaptación de la duración y distribución de la jornada de trabajo**, en la ordenación del tiempo de trabajo y en la forma de prestación de servicios, incluso la prestación de los servicios a distancia, para atender a los hijos e hijas hasta que cumplan 12 años, así como, cuando concurren necesidades de cuidado, a los mayores de dicha edad, al cónyuge o pareja de hecho, a los familiares por consanguinidad hasta el segundo grado de la persona trabajadora, así como a otras personas dependientes cuando, en este último caso, convivan en el mismo domicilio y, por razones, entre otras, de enfermedad, no puedan valerse por sí mismas (art. 34.8 ET).
- **Permiso retribuido de 5 días**, por accidente o enfermedad graves u hospitalización del cónyuge, pareja de hecho o parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, incluido el familiar consanguíneo de la pareja de hecho, así como de cualquier otra persona que conviva en el mismo domicilio y que requiera el cuidado efectivo de la persona trabajadora (art. 37.3 ET).
- **Reducción de la jornada de trabajo diaria**, con la disminución proporcional del salario, de entre, al menos, un octavo y un máximo de la mitad de la duración de aquella, para, por razón de guarda legal, atender al cuidado de una persona con discapacidad que no desempeñe actividad retribuida, así como al cuidado del cónyuge o pareja de hecho, o un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad, incluido el familiar consanguíneo de la pareja de hecho, que por razones de enfermedad no pueda valerse por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida (art. 37.6 ET).
- **Reducción de la jornada de trabajo de los progenitores -así como de los guardadores o acogedores-**, con la disminución proporcional del salario, de, al menos, la mitad de la duración de aquella, para el cuidado, durante la hospitalización y tratamiento continuado, del menor a su cargo afectado por cáncer o por cualquier otra enfermedad grave (art. 37.6 ET), entre otras, de naturaleza psiquiátrica -trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de conducta grave, trastorno depresivo mayor, trastorno psicótico, trastorno esquizoafectivo, cualquier otra enfermedad psiquiátrica grave que, por indicación expresa facultativa, precise de cuidados permanentes en régimen de ingreso hospitalario u hospitalización a domicilio (apartado V del Anexo del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave)-. Dicha reducción de jornada se podrá acumular en jornadas completas con arreglo a lo señalado en el correspondiente convenio colectivo de aplicación. Debe destacarse, además, la posibilidad de acceso, en los términos señalados en los arts. 190 y siguientes LGSS, a una prestación económica de Seguridad Social, dirigida a suplir el salario dejado de percibir.

- **Ausencia del trabajo por causa de fuerza mayor**, cuando sea necesario por motivos familiares urgentes relacionados con familiares o personas con las que se conviva, en caso de enfermedad o accidente que hagan indispensable su presencia inmediata. Las personas trabajadoras tienen derecho a que sean retribuidas las horas de ausencia equivalentes a 4 días al año, conforme a lo establecido en convenio colectivo o, en defecto de este, conforme al acuerdo alcanzado entre la empresa y la representación legal de las personas trabajadoras (art. 37.9 ET).
- **Excedencia, de duración no superior a 2 años**, salvo que se establezca una duración mayor por negociación colectiva, para atender al cuidado del cónyuge o pareja de hecho, o de un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad y por afinidad, incluido el familiar consanguíneo de la pareja de hecho, que por razones, entre otras, de enfermedad o discapacidad, no pueden valerse por sí mismo y no desempeñen actividad retribuida.

3.4. Conclusiones

La salud mental es, en el marco de las relaciones laborales, sumamente relevante. La misma debe preservarse también con ocasión del desarrollo del contrato de trabajo, generador de riesgos psicosociales susceptibles de provocar o agravar patologías mentales. Singularmente, conforman factores de riesgos especialmente destacados la prolongación y fluctuación del tiempo de trabajo, altas exigencias de rendimiento o productividad, el recurso a medios tecnológicos -en particular, tecnologías de la información determinantes de la conexión constante de la persona trabajadora, pero también la robotización de los procesos productivos o la implantación de herramientas de gestión fundamentadas en algoritmos e IA-, así como la eventual concurrencia de acoso o violencia -en sus diversas modalidades: moral, sexual, por razón de sexo, discriminatorio y contra el colectivo LGTBI-.

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, señaladamente 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 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.

* Autoría y créditos

Francisca Fernández ProI

Profesora Titular de Dereito do Traballo e da Seguridade Social, Universidade de Vigo

franfernandez@uvigo.gal

* Normativa y documentación de interés

- AA.VV. (Dir.: RODRÍGUEZ PIÑERO, M., TODOLÍ SIGNES, A.), Vigilancia y control en el Derecho del Trabajo Digital, Aranzadi, 2020.
- AA.VV. (Coords.: CORREA CARRASCO, M., QUINTERO LIMA, M.G.), Los nuevos retos del trabajo decente: la salud mental y los riesgos psicosociales, Universidad Carlos III, 2020.
- AA.VV. (Coord.: TRUJILLO PONS, F.), Límites a la conectividad permanente en el trabajo. Salud y competitividad empresarial, Aranzadi, 2023.
- RODRÍGUEZ ESCANCIANO, S., La salud mental de las personas trabajadoras: tratamiento jurídico preventivo en un contexto productivo postpandemia, Tirant lo Blanch, 2022.
- TRUJILLO PONS, F., Acoso laboral: una guía jurídica a través de casos reales, Colex, 2025.

CAPÍTULO 4

El consentimiento informado y sus excepciones. El internamiento no voluntario. Las contenciones.

David Soto Díaz

* Claves

CLAVE 1: Toda intervención médica debe ser consentida por el paciente. Ese consentimiento debe ser informado, es decir, el personal médico tiene que explicar previamente a los pacientes qué riesgos y qué consecuencias tendrá para su salud el tratamiento. Así, antes de dar el consentimiento, el paciente debe ser conocedor de tales riesgos y consecuencias.

CLAVE 2: No hay deber de obtener el previo consentimiento del paciente cuando exista grave riesgo para la salud, cuando el paciente renuncie a su derecho y cuando el paciente no esté en condiciones psíquicas de otorgarlo. Pero, aún en esos casos, es necesario escuchar al paciente y tener en cuenta sus preferencias.

CLAVE 3: En casos de grave riesgo, el juez puede autorizar el internamiento no voluntario por causa de trastorno psíquico. En estos casos, es necesario que la autorización sea previa o, si es posterior, que se haga en un breve espacio de tiempo. Además, las personas internadas tienen derecho a ser asistidas por abogado, a ser entrevistadas personalmente por el juez, a recurrir la decisión y a presentar informes favorables a su libertad.

CLAVE 4: Es posible aplicar contenciones físicas o farmacológicas, pero siempre deben ser consentidas por el paciente. En casos de urgencia y riesgo para el paciente o para otras personas, es posible contener al paciente. Pero en estos casos, es obligatorio que el personal sanitario cumpla una serie de requisitos: que la contención dure el mínimo tiempo posible, que se garantice la dignidad y la salud de la persona contenida, que sea autorizada por un médico y que exista supervisión constante del paciente.

4.1. El consentimiento informado

El criterio general es que todo tratamiento médico debe ser autorizado por el paciente. Con tratamiento médico, hacemos referencia a toda acción médica que recaiga sobre la salud de las personas, lo que abarca tanto la administración de fármacos, como de otro tipo de terapias, pruebas médicas, operaciones quirúrgicas, etcétera.

Dada la afectación que puede producir al derecho a la integridad física, un derecho fundamental consagrado constitucionalmente, es necesario, además, que ese consentimiento se otorgue con pleno conocimiento de la naturaleza y la finalidad perseguida por la intervención médica, así como de sus consecuencias y riesgos. Por eso, **antes de prestar el consentimiento, es necesario que se informe al paciente** tanto como este desee sobre estos extremos. **De forma resumida, puede decirse que la información debe abarcar:**

- La descripción de la intervención, su objetivo y los beneficios que se esperan de ella
- Las consecuencias que traerá la no realización de la intervención, así como las alternativas terapéuticas razonables
- Los riesgos generales de la intervención
- Los riesgos específicos del paciente, esto es, los relacionados con las circunstancias de salud (p. ej., patologías previas) u otras circunstancias personales del paciente (p. ej., sexo, edad)
- Las contraindicaciones de la intervención, es decir, las circunstancias que desaconsejan el tratamiento

Este deber de informar debe cumplirse por parte de las y los profesionales sanitarios de forma tal que el paciente pueda entender perfectamente la información, y, por lo tanto, debe adaptarse dicha información a la persona que va a prestar el consentimiento, explicándolo, de ser necesario, de forma sencilla. En este sentido, debe tenerse en cuenta que la función de las y los profesionales sanitarios a la hora de proporcionar la información previa al consentimiento es ayudar a los pacientes a tomar por sí mismos una decisión. Por ello, deben tener disponibilidad para aclarar dudas a lo largo de todo el procedimiento y para explicar todas las opciones terapéuticas disponibles. Igualmente deben evitar ejercer presión ni sugerencia sobre los pacientes y, siempre que sea posible, dejarles tiempo para meditar su decisión. Por supuesto, el personal sanitario debe respetar la negativa del paciente a recibir el tratamiento médico.

En determinados casos, dada la relevancia jurídica que pueden conllevar determinadas intervenciones médicas, como las operaciones quirúrgicas o **procedimientos invasivos**, **la Ley exige que se entregue por escrito al paciente la información, y que éste deje constancia por escrito de su consentimiento**, lo que suele hacerse firmando por escrito. En cualquier caso, la **regla general es que el consentimiento se otorgue verbalmente**. En uno y otro caso, la **revocación del consentimiento, o sea, la decisión de retirar el consentimiento debe hacerse por escrito**, y es recomendable que se deje constancia del día y hora en que se produce.

Finamente, es importante tener en cuenta que las y los pacientes también tienen el deber de informar sobre su salud al personal sanitario, y deben hacerlo sin ocultar información relevante, y sin faltar a la verdad. Este deber es necesario para que el tratamiento propuesto sea lo más apropiado. En el momento de proporcionar información relativa a su salud, las y los pacientes deben tener en cuenta que el personal médico tiene obligación de guardar secreto sobre tal información, un deber que, en caso de incumplimiento, podrá tener graves consecuencias jurídicas.

4.2. Excepciones al consentimiento informado

Existen varios casos en que la propia ley exime del deber de obtener el consentimiento del paciente antes de iniciar la intervención médica. Esta exención puede darse tanto ante determinadas situaciones de urgencia, como en caso de renuncia al derecho por parte del paciente. Además, existen casos en que el consentimiento no será otorgado por la persona afectada, sino por sus representantes.

En primer lugar, la ley exime del deber de contar con el consentimiento informado cuando existan riesgos para la salud pública, por ejemplo, en el caso de una enfermedad infectocontagiosa grave. Pero tampoco es necesario conseguir el consentimiento del paciente cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del mismo, y además no sea posible conseguir su consentimiento, como sería el caso de una persona gravemente herida tras un accidente.

En segundo lugar, las y los pacientes pueden renunciar a su derecho a obtener información sobre el tratamiento. Esta renuncia debe ser expresa, es decir, el paciente debe declarar de forma inequívoca que renuncia a su derecho. Con todo, incluso en este caso, es posible que el personal sanitario deba proporcionar información al paciente, cuando sea necesario para proteger su salud o la de terceros, por ejemplo, para conocer con quien estuvo el paciente, si éste padece una enfermedad contagiosa.

En tercer lugar, no es necesario obtener el consentimiento informado por parte de los pacientes, cuando éstos no estén en situación de poder otorgarlo de forma legalmente válida. Se trata de casos en que los pacientes, debido a su estado mental (por ejemplo, por una discapacidad psíquica, o por tratarse de niñas o niños de corta edad), no son capaces de hacerse cargo de su situación. Debe entenderse que se trata de supuestos totalmente excepcionales, y por ello siempre hay que partir de la base de que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás personas.

Ahora bien, aun cuando se trate de personas que no pueden regirse por sí mismas, la ley obliga a que se les escuche y a que se auxilie a la hora de tomar una decisión. Cuando después de hacer un esfuerzo considerable no sea posible conocer la opinión de la persona afectada, la ley permite que las personas que le presten apoyo tomen una decisión por ella, aunque en este caso, deben tener en cuenta su voluntad, sus deseos y preferencias, si en algún momento anterior hubieran tenido conocimiento de las mismas. En caso de que no exista una sentencia judicial firme en que se establezca cuáles son las personas habilitadas para prestar apoyo, debe darse siempre preferencia al cónyuge

con quien el paciente esté casado y, en su defecto, a los familiares más próximos y de mayor edad.

En caso de personas con un trastorno mental grave, la ley determina que éstas sólo podrán ser sometidas, sin su consentimiento, a intervenciones que tengan por objeto tratar dicho trastorno, en casos en que no intervenir pueda conllevar un grave riesgo para su salud. Ahora bien, incluso en esos casos es necesario oír al paciente afectado y tener en cuenta su opinión. Si el paciente se negara a recibir el tratamiento, podrá abrirse un proceso judicial en que se decidirá si se autoriza o no el tratamiento. En este proceso, el paciente y sus familiares pueden asistir acompañados de abogado, y también pueden proponer prueba que sustente su punto de vista como, por ejemplo, un informe pericial médico que desaconseje el tratamiento.

Por último, **puede darse el caso de que una persona sea consciente de que, en el futuro, sufrirá un deterioro cognitivo, es decir, perderá facultades mentales. En ese caso, la ley permite que la persona afectada redacte un documento conocido como "instrucciones previas" o "declaraciones de voluntad anticipada",** en el que declare por escrito cuáles son sus preferencias y qué decisiones deben tomarse en relación con su salud llegado el caso. Para que este documento tenga validez debe, o bien entregarse en presencia de un notario, o bien en presencia de tres testigos mayores de edad, de los que, al menos dos, no podrán ser familiares próximos ni tener relaciones económicas con la persona que emita la voluntad anticipada.

Hay que tener en cuenta que tales declaraciones no pueden contener medidas ilegales, ni contrarias a la buena práctica clínica. Además, las instrucciones deben ser claras y prever con la mayor exactitud las situaciones que puedan dar.

4.3. El ingreso no voluntario por razón de trastorno psíquico

En el ámbito de la salud mental, el tratamiento médico debe ser preferentemente ambulatorio, es decir, permitiendo que las y los pacientes puedan seguir residiendo en su domicilio y haciendo vida normal, en la medida de lo posible. A pesar de ello, existen casos en que la ley prevé el ingreso del paciente, aun cuando éste se oponga. **Se trata de casos en que exista un grave riesgo para la persona afectada o para otras personas.**

Para poder adoptar la medida de ingreso, que debe ser excepcional, se exige que se cumplan una serie de garantías legales, ya que se produce una afectación grave al derecho fundamental a la libertad, protegido constitucionalmente.

Lo primero que debe tenerse en cuenta es que **el ingreso no voluntario siempre debe ser autorizado por un juez**, después de entrevistarse personalmente con la persona afectada. La autorización judicial debe ser previa al ingreso, pero la ley permite que, en casos urgentes, el equipo médico comunique al juez el ingreso tan pronto como sea posible y nunca después de 24 horas. En este caso, **una vez que el juez tenga conocimiento del ingreso, debe autorizarlo en las siguientes 72 horas desde que se le comunicó la situación.** Si se incumplen estos plazos, estaríamos ante una detención ilegal, que puede tener relevancia penal. En este caso, los familiares de la persona afectada pueden solicitar a un juez de instrucción que se pronuncie sobre la legalidad de la detención y, en caso de

ser ilegal, decreta su libertad, en un proceso especial que lleva el nombre de *habeas corpus*.

En todo caso, la autorización judicial debe producirse después de abrir un proceso judicial en que la persona afectada puede participar. Además, en el proceso, la persona afectada podrá contar con la asistencia de un abogado, podrá proponer que se escuche a otra persona cuyo testimonio sea relevante y podrá solicitar que un médico de su confianza redacte un informe que contenga su opinión sobre la falta de necesidad del ingreso.

Después de oír a todas estas personas, el juez deberá tomar una decisión por escrito y justificando los motivos que lo llevaron a tomarla. **En caso de no estar de acuerdo** con esa decisión, se puede apelar, es decir, hacer que un órgano de mayor jerarquía revise la decisión. Incluso, **es posible recurrir la decisión en amparo ante el Tribunal Constitucional**, ya que se está limitando el derecho fundamental a la libertad. Es importante tener en cuenta que **si no se produce la entrevista entre el juez y la persona internada, o si no se permite ejercitar el derecho de defensa por la persona afectada o sus familiares, o si la orden de ingreso no está justificada, la autorización del ingreso es nula.**

En caso de que se produzca el ingreso, el **personal médico debe informar periódicamente al juzgado sobre la necesidad de mantenerlo, y debe hacerlo, como mucho, cada seis meses**. Esos informes periódicos deben estar a disposición del paciente y de su abogado, y deben estar justificados, sin que sean admisibles justificaciones genéricas (es decir, que no aborden la situación concreta del paciente) por parte del equipo médico. A la vista de esos informes, el Juzgado deberá autorizar la prórroga u ordenar la finalización de ese ingreso decretando, en este último caso, el alta médica. Estas prórrogas decretadas por el juez también pueden ser recurridas en apelación. Con todo, el alta médica también puede ser autorizada por el propio personal médico del centro, sin esperar a la decisión judicial.

4.4. La terapia electroconvulsiva

Si bien es un tratamiento recomendado por gran parte de la comunidad médica por su eficacia para el abordaje de diversas enfermedades, las terapias electroconvulsivas (TEC) causan rechazo en muchas personas. Un rechazo legítimo que debe ser respetado. En caso de que el equipo médico recomiende esta terapia, ésta sólo podrá ser aplicada bajo consentimiento informado de la persona afectada, como se ha explicado más arriba.

Con todo, puede **darse el caso de que la persona afectada, o sus familiares, se nieguen a prestar el consentimiento**. En este caso, el equipo médico puede solicitar una **autorización judicial, lo que vendrá precedido de un proceso judicial, en el que la persona afectada o sus familiares podrán participar asistidos por abogado**. Si el paciente o sus familiares se oponen a la TEC, es recomendable que presenten informes periciales médicos que apoyen su posición, por ejemplo, contraindicando el tratamiento en el caso concreto.

4.5. Las contenciones

Una contención es una medida de control del comportamiento de una persona a través, bien de la sujeción física del cuerpo, bien de la administración de sustancias sedantes. **En España no existe una normativa que regule el uso de contenciones en unidades de salud mental.** Con todo, sí existen recomendaciones de organismos internacionales, del Defensor del Pueblo, del Comité de Bioética y de la Fiscalía General del Estado que deben tenerse en cuenta a la hora de llevar a cabo una contención. Además, es recomendable que las instituciones públicas y privadas cuenten con protocolos de contención y que esos protocolos sean públicos, para garantizar la transparencia, lo que, lamentablemente, no sucede en Galicia.

Además de esto, debe tenerse en cuenta que la **utilización abusiva de contenciones puede suponer un trato degradante para la persona que la 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.**

No habiendo legislación específica, deben realizarse las contenciones atendiendo a la regulación general sobre consentimiento informado y derechos de los pacientes. Por ello, siempre que sea posible, el personal sanitario deberá contar con el consentimiento informado de la persona afectada. Con todo, **la ley permite emplear la contención sin contar con el consentimiento previo en casos de que la persona afectada no esté en condiciones de prestarlo y además concurra un riesgo para la salud pública, para la persona afectada o para terceros.** Pero, incluso en estos casos, la contención será aplicada como un último recurso, al que sólo se debe recurrir cuando se hayan intentado medidas menos lesivas de manera infructuosa.

Más allá del consentimiento informado, es necesario que la contención cumpla con una serie de requisitos, que se enumeran a continuación:

- **Antes de contener una persona, es necesario haber intentado estrategias menos invasivas**, como la desescalada verbal
- **Es necesario siempre que un médico autorice la contención**, recogiendo por escrito las causas específicas que justifican la medida, sin que sean admisibles justificaciones genéricas. Es recomendable, también, que, antes de adoptar la decisión, el médico escuche al resto del personal sanitario
- **La contención debe ser limitada en el tiempo.** Como indica la Fiscalía General del Estado, debe durar minutos, y no horas, ya que una contención prolongada equivale a malos tratos
- **La medida debe ser objeto de supervisión continua**, garantizando el bienestar de la persona y minimizando el daño. El Comité de Bioética recomienda que se prevea un plan de cuidados específicos que incluyan ayudas a la higiene, comprobación de constantes vitales, cambios posturales, contacto verbal y ofrecimiento de alimento y bebidas
- **En ningún caso podrá aplicarse la contención como un castigo, o por conveniencia**, por ejemplo, en caso de escasez de personal sanitario o de recursos.

4.6. ¿Qué hacer en caso de que se vulneren los derechos del paciente?

En caso de que el paciente del servicio público de salud considere que sus derechos han sido vulnerados:

1. **Debe interponer una reclamación**, en la que describa lo acontecido y solicite la investigación de los hechos. Con todo, es muy habitual que las reclamaciones ante el servicio público se respondan con un escrito en el que se da cuenta de la reclamación, pero en lo que no se resuelve nada. A pesar de ello, es importante registrar siempre la queja, pues ésta puede servirnos de base para futuras acciones que vayamos a llevar a cabo y demostrar nuestra buena fe, al intentar solucionar el problema, en primer lugar, con la administración pública concernida.

2. Otra opción es **registrar una queja en la Valedora do Pobo**. Este organismo tiene como finalidad supervisar la actividad de las Administraciones públicas y para ello formula recomendaciones sobre su actuación. Normalmente, el servicio público de salud atiende con más interés las quejas que les traslada la Valedora, ya que este organismo informa públicamente de las quejas recibidas anualmente, lo que tiene cierto impacto en la opinión pública y en el sistema institucional.

3. Además de esto, **si se produjo una lesión psíquica o física al paciente a causa del tratamiento médico, o de cualquier 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 deberá exigir un proceso contencioso-administrativo, para lo que tenemos que ser asesorados y asistidos por un abogado.

Siempre es muy importante que guardemos pruebas de todo lo sucedido, bien contándolo tan pronto como sea posible a personas de confianza que puedan declarar como testigos en un proceso judicial futuro, o solicitando informes médicos que registren lesiones, o sacando fotografías de las lesiones, etc. Es también muy recomendable que redactemos unas notas para nosotros mismos sobre lo sucedido, pues ello nos ayudará a no olvidar ningún detalle importante y, en caso de juicio, facilitará la labor a los abogados.

4. Debe tenerse en cuenta que los fiscales tienen la obligación de realizar inspecciones periódicas en las unidades psiquiátricas, recogiendo información sobre los ingresos no voluntarios y sobre las contenciones llevadas a cabo. 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.**

4.7. Conclusiones

Algunas propuestas de mejora: Este texto pretende ser una exposición clara, sencilla y breve de un tema complejo y técnico. Sin embargo, durante la investigación que se llevó a cabo, 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*:

- La regulación del consentimiento informado es anterior a una modificación muy profunda que se ha producido en el régimen jurídico que regula la discapacidad. Esta modificación pretende empoderar a las personas con discapacidad, otorgando mayor capacidad de decisión sobre sus asuntos propios. Es necesario, por tanto, **adaptar la legislación sobre consentimiento informado** a este nuevo escenario, de forma que se regule mejor la excepción al deber de obtener el consentimiento informado a personas con discapacidad psíquica. 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.** A día de hoy, existe un gran número de recomendaciones de organismos oficiales, pero no una norma que contenga una regulación clara y precisa sobre los casos en que puede adoptarse, sobre el procedimiento y las condiciones para la adopción, las garantías y derechos de los pacientes, etc. Dada la profunda afectación que se produce sobre derechos fundamentales (a la libertad, a la integridad física y moral, a la privacidad, etc.) esta regulación es urgente. En su redacción debe contarse con colectivos de pacientes y deben tomarse en cuenta las voces críticas contra esta práctica. Sea como fuere, 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 de la adopción de estas medidas y de su finalización.
- **La legislación sobre el ingreso involuntario es también muy mejorable.** Por una parte, no se regula con exhaustividad el proceso judicial que debe tener lugar. Por otra, a nivel sustantivo, no existe una regulación sobre en qué casos se puede llevar a cabo el ingreso involuntario, que deben ser absolutamente excepcionales, es decir, en casos de extrema gravedad. Además de todo lo anterior, **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 seis 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.** Asimismo, podría tener mucho interés **que se regule legalmente, y no sólo 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 último, debería fijarse un límite temporal máximo para el internamiento**, un límite, además, que debe tener presente que el principal objetivo del internamiento es curar a la persona internada, de forma que, si esta curación no se produce, el internamiento es injustificado.
- Por afectar a derechos fundamentales, **toda la regulación sobre las contenciones mecánicas y los internamientos no voluntarios debe realizarse mediante ley orgánica.**

* Autoría y créditos

David Soto Díaz

Profesor Permanente Laboral del área de Dereito Procesual de la Universidade da Coruña.

* Normativa y documentación de interés

- ARA PINILLA, I.; "Las limitaciones institucionales del consentimiento informado como expresión del principio de autonomía en la relación entre el médico y el paciente" en *Cadernos de Dereito Actual*, Nº 22. Núm. Ordinario (2023), pp. 461-480.
- FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO; Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad; BOE, núm. 36, de 11/02/2022, pp. 18260-18279.
- LAMAS MEILÁN, M. M.; "COMENTARIOS á Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimiento informado e da historia clínica dos pacientes. (III)" en *Cad. Aten. Primaria*; Año 2006, Volumen 13, núm 3., pp. 50-54.
- LAMAS MEILÁN, M. M.; "COMENTARIOS á Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimiento informado e da historia clínica dos pacientes. (V)" en *Cad. Aten. Primaria*; Año 2006, Volumen 13, núm 4., pp. 288-294.
- SÁNCHEZ RUBIO, A.; *Internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico. Uso y abuso de una medida excepcional que precisa de una profunda reforma*; Ed. Aranzadi, Zizur Txikia, 2024.

Legislación

- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil; BOE núm. 7, de 08/01/2000.
- Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimiento informado e da historia clínica dos pacientes; DOG, Núm. 111; Venres, 08 de xuño de 2001; P. 7593.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; BOE núm. 274, de 15/11/2002.
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006; BOE núm. 96, de 21/04/200, pp. 20648-20659.
 - Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social; BOE núm. 289, de 03/12/2013.

CAPÍTULO 5

Personas con problemas de salud mental autoras y víctimas de delitos

Patricia Faraldo Cabana

* Claves

CLAVE 1: Las personas con problemas de salud mental reciben un tratamiento especial en el Código Penal, tanto cuando son autoras como, a menudo (no siempre), cuando son víctimas de delitos.

CLAVE 2: 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.

CLAVE 3: Cuando una persona con discapacidad psíquica comete un hecho previsto como delito, puede quedar exento de pena o recibir una pena atenuada. Si su conducta pudiese resultar peligrosa para sí misma, o para su entorno, se le pueden imponer medidas de seguridad, que pueden consistir en internamiento en centros especializados. Ahora bien, la escasez de centros dificulta un tratamiento adecuado de estos casos.

CLAVE 4: Las personas con discapacidad psíquica reciben una tutela específica en el Código Penal, que les protege frente a los abusos de su situación y a la discriminación.

5.1. Introducción

Las personas con discapacidad psíquica pueden ser autoras y víctimas de delitos. Desde ambas perspectivas, el Código Penal (CP) adopta una posición protectora que responde al mandato constitucional contenido en el art. 49 y concordantes de la Constitución española (en adelante CE).

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, por entender que la mayor vulnerabilidad de la víctima exige un mayor reproche penal dirigido al autor, como sucede en las agresiones sexuales o los delitos contra la intimidad, entre otros delitos. 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, como sucede en:

- las lesiones y en los supuestos de trasplante,
- esterilización y cirugía transexual,
- exhibicionismo ante menores o personas con discapacidad,
- venta de material pornográfico,
- favorecimiento de la prostitución de un menor o persona con discapacidad
- utilización de personas con discapacidad en espectáculos exhibicionistas o pornográficos,
- quebrantamiento de la custodia de personas con discapacidad,
- inducción de personas con discapacidad al abandono del domicilio familiar
- y abandono de personas con discapacidad.

Por último, otros preceptos pretenden tutelar a colectivos especialmente vulnerables frente a la discriminación, para lo cual se ha creado una circunstancia agravante de la responsabilidad criminal consistente en cometer el delito por motivos discriminatorios (art. 22.4 CP), además de diversos delitos que sancionan conductas de esta índole, como los de discriminación laboral, provocación a la discriminación, al odio y a la violencia, la denegación discriminatoria de prestaciones en el ámbito de los servicios públicos o el ejercicio de actividades profesionales o empresariales privadas.

5.2. Discapacidad y persona con discapacidad necesitada de especial protección

El art. 25 CP 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".

Se trata de conceptos amplios, que atienden a la situación material, con independencia de la declaración judicial sobre la capacidad de obrar, como literalmente señala el segundo párrafo.

Para hablar de discapacidad a efectos penales se exige:

- 1) la existencia de deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, sin que sea preciso el carácter patológico o morboso de estas;
- 2) el carácter permanente;
- 3) la limitación o impedimento de la participación plena de la persona afectada en la sociedad en igualdad de condiciones, al interactuar con diferentes barreras.

Por su parte, para ser considerada una persona con discapacidad necesitada de especial protección se exige:

- 1) la situación de discapacidad, conforme a la definición del párrafo anterior, si bien restringida a las deficiencias intelectuales, psíquicas o mentales;
- 2) que, a causa de estas últimas, se produzca la necesidad de asistencia o apoyo al sujeto (nótese que no se requiere una incapacidad absoluta) para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, derechos o intereses. No es precisa la modificación judicial de la capacidad de obrar de la persona.

5.3. La persona con discapacidad psíquica como autora de un delito

La realización de un hecho previsto en la ley como delito no comporta automáticamente la imposición de una pena a su autor. Para ello se exige que concurren:

- la capacidad de culpabilidad o imputabilidad
- el conocimiento de la antijuridicidad de la conducta
- la exigibilidad de una conducta adecuada a la norma

Basta la ausencia de cualquiera de estos elementos para que no pueda imponerse una pena. Aquí el aspecto que más interesa es la imputabilidad o capacidad de culpabilidad, ya que los otros dos no presentan particularidades en el caso de personas con discapacidad psíquica.

La imputabilidad sí, puesto que la atribución de responsabilidad penal se basa en que el autor de una infracción penal tiene las facultades psíquicas mínimas necesarias para

- 1) comprender lo injusto del hecho,
- 2) dirigir su actuación conforme a dicho entendimiento.

Si una persona con discapacidad psíquica carece de alguna de estas facultades, o las tiene disminuidas, no puede ser considerada culpable, o completamente culpable, del delito cometido. Se le pueden imponer medidas de seguridad, solas o conjuntamente con una pena reducida.

Las medidas pueden tener diverso contenido, pero básicamente se clasifican en medidas privativas de libertad (internamiento en centro educativo especial, en centro psiquiátrico, etc.) y no privativas de libertad (tratamiento ambulatorio, custodia familiar, asistencia a cursos formativos, entre otras).

Las medidas no son un castigo por el delito cometido, sino que pretenden incidir sobre la persona con discapacidad psíquica desde un punto de vista terapéutico, con una finalidad de corrección o curación, de forma que se reduzca la probabilidad de que en el futuro realice hechos delictivos.

Para imponer una medida de seguridad a una persona con discapacidad psíquica es necesario que se le aplique como causa de exención o atenuación de la responsabilidad penal:

- la anomalía o alteración psíquica permanente que impide comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (art. 20.1º CP),
- el trastorno mental transitorio que produzca el mismo efecto (art. 20.1º CP), del cual son manifestaciones particulares los casos de intoxicación plena por consumo de determinadas sustancias y el síndrome de abstinencia que impide comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (art. 20.2º CP)

- o la alteración en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia (art. 20.3º CP).

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. No se contempla el caso de que el sujeto padezca dos trastornos distintos, por ej., drogadicción y enfermedad mental. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

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:

- **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.
- Lo segundo llena las cárceles de personas con problemas de salud mental que no reciben la atención que precisan, ya que:
 - 1) el tratamiento de salud mental que se pueda ofrecer en prisión, incluso en el mejor de los casos, es siempre poco adecuado, pues tiene lugar en un contexto anti terapéutico por definición;
 - 2) el ambiente carcelario contribuye de manera significativa al deterioro de la salud mental;
 - 3) la sanción de aislamiento se aplica frecuentemente a las personas con discapacidad psíquica, al verse envueltas en peleas o presentar alteraciones conductuales; y
 - 4) los servicios médicos de las prisiones carecen de los recursos necesarios para tales enfermos, por lo que estos deben buscarse en los centros asistenciales públicos, que no están preparados para atender a presos con patologías psiquiátricas ni se coordinan adecuadamente con los servicios penitenciarios, lo que dificulta la continuación de los tratamientos que traían prescritos al ingresar en prisión o su continuación después de su excarcelación.

Por su parte, **las medidas de seguridad no privativas de libertad también resultan problemáticas**. Por ejemplo, el sometimiento a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario es una medida terapéutica que tiene muchas posibilidades de lograr una mejoría, pero existen algunos datos que hacen que en la práctica no resulte todo lo eficaz que cabría esperar, debido a las insuficiencias en la organización de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria.

Gracias al desarrollo que ha experimentado en los últimos años la oferta puede ser adecuada en grandes centros urbanos, pero es claramente deficitaria en otros más pequeños y desaparece en el ámbito rural.

Además, no es extraño que el sometimiento a tratamiento ambulatorio forme parte de un programa global que incluya fases de internamiento. De acuerdo con el Código Penal, si esto es así, dicho programa se incluye entre las medidas privativas de libertad, de forma que no puede participar en él quien no ha cometido un delito castigado con pena privativa de libertad, salvo que se interne voluntariamente. En cualquier caso, un facultativo debe hacerse cargo del tratamiento, debiendo además remitir informes periódicos al órgano judicial ejecutor sobre el cumplimiento de la medida y sobre cualquier incidente que se produzca. El sometimiento a programas de diverso tipo tiene carácter complementario de los tratamientos ambulatorios en centros médicos o sociosanitarios como parte de la fase de reinserción, pero estos programas son escasos en ámbitos rurales.

Con la custodia familiar se pretende facilitar el cuidado de la persona que tiene disminuida o carece absolutamente de capacidad para gobernarse por sí misma, además de atribuir el control de otras medidas que pudieran ser de aplicación a la familia. Sin embargo, esa limitación al ámbito familiar impide que personas ajenas a la familia o personas jurídicas de tipo fundación se ocupen de ella. Téngase en cuenta que esta custodia familiar es una medida distinta de la curatela prevista en la Ley 8/2021, de 2 de junio, como medida de apoyo a personas con discapacidad.

5.4. La persona con discapacidad necesitada de especial protección como víctima de delitos

La protección que ofrece el Código Penal se materializa a través de penas más graves para los autores y de la exigencia de querrela de la víctima para proceder por ciertos delitos, como los sexuales, con el objetivo de proteger su bienestar. Ahora bien, cuando la víctima sea menor de edad o persona con discapacidad necesitada de especial protección puede denunciar el Ministerio Fiscal, que debe intervenir también para que, cuando la ley lo permite (por ej., en los delitos contra la intimidad, contra el honor o de daños), el perdón otorgado por el representante legal extinga la acción penal o la responsabilidad penal del autor.

No es posible analizar aquí todos los preceptos penales que aluden a la persona con discapacidad necesitada de especial protección. Por razones de espacio y por su especial interés criminológico se estudiará aquí únicamente la tutela penal de la libertad sexual de la persona con discapacidad psíquica frente a la agresión sexual y del derecho de cualquier persona a no ser discriminada por padecer una discapacidad.

5.4.1. Los delitos contra la libertad sexual

Solo hay agresión sexual si no se ha manifestado el consentimiento. Para determinar la relevancia de la situación mental a estos efectos, lo decisivo es que la persona que mantiene una relación sexual padezca una perturbación psíquica tal, que le impida conocer el alcance y trascendencia de sus actos y abstenerse de realizarlos, siempre refiriéndonos a los que afecten a la vida sexual. La jurisprudencia se ha manifestado a favor de declarar la existencia de una situación mental relevante después de un cuidadoso examen de la personalidad del sujeto, la inteligencia, la ruptura entre edad cronológica y mental, que se considera un dato importante pero no decisivo por sí mismo, ya que ha de conjugarse con el entorno familiar y social, la capacidad de expresión, el nivel cultural, el grado de experiencia adquirido, etc.

Parece claro que no existen excesivos problemas para aplicar el delito cuando la víctima padece un retraso mental grave o profundo o una grave psicosis, problemas que resurgen cuando está aquejada de un trastorno leve o moderado, como acredita el abundante número de resoluciones jurisprudenciales que han tratado este extremo. Y es que, si en el primer caso no suele plantear discusión el hecho de negar toda relevancia al posible consentimiento prestado por la persona con discapacidad, en el segundo supuesto se plantea el espinoso tema de los límites del consentimiento.

Resumiendo, no existe abuso de situación mental cuando se realizan actos sexuales con persona que presenta una ligera disminución de sus capacidades intelectual y/o volitiva, de forma que sigue siendo capaz de prestar un consentimiento consciente y voluntario, aunque limitado. Con esta regulación se respeta la libertad de la persona con discapacidad psíquica a la hora de tomar decisiones que determinen el curso de su vida en el aspecto sexual. Por este motivo, para aplicar los delitos sexuales no basta con el dato de que la víctima presente una discapacidad psíquica, sino que debe además comprobarse que el autor ha abusado o se ha aprovechado de dicha circunstancia

para llevar a cabo el acto atentatorio contra su libertad sexual. Por el contrario, no hay abuso si se le toma en cuenta, si el coito es producto del afecto o simplemente sobreviene como punto de una relación querida por ambas partes, sin que una explote a la otra. La idea de la ley es tutelar la intimidad de la persona con discapacidad y la pequeña parcela de libertad sexual que se le reconoce, impulsando que se juegue limpio con ella.

Si no hay consentimiento, hay que tener en cuenta que cuando la víctima es una persona especialmente vulnerable por razón de discapacidad, la pena aumenta sustancialmente. Además, en estos casos el Ministerio Fiscal debe presentar denuncia para proceder, sin que tenga que hacerlo la persona agraviada o su representante legal.

5.4.2. La tutela penal frente a la discriminación

El Código Penal presta mucha atención a las conductas discriminatorias, optando de modo decidido por la vía punitiva como medio para hacerles frente, con la finalidad de evitar comportamientos que supongan un trato despreciativo, vejatorio o violento hacia determinadas personas o grupos por presentar rasgos o caracteres que los distinguen de la generalidad de la ciudadanía.

Suele efectuarse una identificación entre la discriminación y el trato desigual. Sin negar que, en efecto, toda discriminación supone una desigualdad, lo cierto es que parece preferible reservar el concepto de discriminación para algunas modalidades concretas de trato desigual. De esta forma, el trato desigual es un simple trato arbitrario, injustificado, no siendo preciso que la arbitrariedad se fundamente en alguna peculiaridad de la víctima que la distinga de otras personas, mientras que el trato discriminatorio tiene su origen en ciertos caracteres que diferencian a la víctima y que pueden conducir a situaciones de marginación y rechazo social: la etnia, raza o nación, el sexo, edad, orientación o identidad sexual o de género, razones de género, de aporofobia o de exclusión social, la enfermedad que padezca o su discapacidad. Téngase en cuenta que estamos ante una lista cerrada, de forma que una discriminación motivada en otra razón no se tiene en cuenta.

Un segundo componente esencial del concepto de discriminación es su connotación peyorativa, esto es, el hecho de implicar siempre un menosprecio. Lo que se sanciona es la discriminación negativa, con connotaciones desfavorables para la persona, al afectar a su dignidad personal. En protección, pues, de la igualdad y la dignidad de las personas que padezcan discapacidad o reúnan alguno de los otros rasgos mencionados, el legislador recurre tanto a la creación de delitos autónomos como a la formulación de una agravante genérica, aplicable a cualquier delito, directamente relacionada con la discriminación

El art. 22.4 CP considera como circunstancia que agrava la pena de cualquier delito la de_cometer el delito por motivos racistas, antisemitas, contra los gitanos, u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, su sexo, edad, orientación o identidad sexual o de género, razones de género, de aporofobia o de exclusión social, la enfermedad que padezca o su discapacidad, con independencia de que tales condiciones o circunstancias

concurran efectivamente en la persona sobre la que recaiga la conducta". Esta circunstancia ofrece una protección especialmente intensa a quienes, por reunir ciertas características sociales o personales, se ven frecuentemente sometidos a un trato discriminatorio. Su aplicación debe solicitarse siempre que la persona con discapacidad necesitada de especial protección sea víctima de un delito.

Además, **el art. 314 CP sanciona la discriminación laboral**. No basta la simple discriminación en el empleo, sino que esta ha de ser "grave" y además previamente advertida por la Administración, ya que se exige que los autores "no restablezcan la situación de igualdad ante la Ley tras requerimiento o sanción administrativa". Resulta difícil que pueda producirse requerimiento o sanción administrativa cuando el acto discriminatorio se produce para impedir a determinadas personas el acceso al puesto de trabajo, que es el caso típico de discriminación. Para determinar si la conducta es grave, hay que tener en cuenta qué derechos y condiciones laborales se ven afectados por la conducta discriminatoria. Si su infracción es considerada grave o muy grave en el ámbito laboral, es más fácil que se considere también delito en el ámbito penal.

El art. 510 CP sanciona la provocación a la discriminación, al odio y a la violencia contra un grupo o una parte de él o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquel por motivos de discapacidad, entre otros.

El delito de denegación de prestaciones correspondientes a un servicio público se sanciona en el art. 511 CP. La conducta consiste en la denegación de una prestación a la que la víctima tiene derecho, debido a su discapacidad. No son delictivas las denegaciones de prestaciones efectuadas por otro motivo, ni aquellas para las que exista una justificación razonable. La denegación debe infringir las normas que rigen la concesión de la prestación

El art. 512 CP sanciona la denegación de prestaciones en el ejercicio de actividades profesionales o empresariales. Se castiga aquí la discriminación producida en el ámbito estrictamente privado. Es necesario que la prestación que se deniega sea un derecho de la víctima, puesto que los profesionales tienen libertad para aceptar o rechazar clientes y los establecimientos se reservan el derecho de admisión. Así, no es punible la denegación del servicio por parte de un abogado que se niega a tomar como cliente a una persona con discapacidad psíquica, si no lo hace por motivos discriminatorios, pero sí puede serlo la negativa a prestar un servicio de transporte o asistencia médica.

5.5. Conclusiones

El Código Penal tiene en cuenta la situación de salud mental tanto cuando la persona es autora como cuando es víctima de delitos. En ambos casos, la finalidad es protectora y tuitiva. Es necesario aportar en el proceso penal prueba de dicha situación para que pueda ser debidamente ponderada por el órgano jurisdiccional. El ministerio fiscal debe adoptar en los dos casos una posición de defensa de los derechos de la persona con discapacidad.

* Autoría y créditos

Patricia Faraldo Cabana

Catedrática de Derecho Penal, Universidad de A Coruña.

* Normativa y documentación de interés

Bibliografía legal fundamental

- Código Penal

Bibliografía de apoyo

- Casanueva Sanz, I., "La protección de la persona con discapacidad intelectual como víctima del delito en el Código Penal", *Oñati Socio-Legal Series* 15(3), 2025, pp. 941-965.
- De Vicente Martínez, R., "La discapacidad intelectual en el sistema penal", en Demetrio Crespo, E., y otros (coords.), *Derecho penal y comportamiento humano. Avances desde la neurociencia y la inteligencia artificial*, 2022, pp. 417-429.
- Martínez Garay, L., "Concepto penal de discapacidad y de persona con discapacidad necesitada de especial protección", en González Cussac, J.L. (Dir.), *Comentarios a la reforma del Código Penal de 2015*, Tirant, Valencia, 2015, pp. 125-149.
- Montoro Sánchez, J.A., y otros (dirs.), *Valoración de la peligrosidad en la adopción de medidas cautelares y medidas de seguridad contra sujetos con trastorno mental en la justicia penal*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2024, pp. 417-480.
- Santos Urbaneja, F., *Manual de discapacidad: Derecho penal y penitenciario*, Ilustre Colegio de la Abogacía de Madrid, Sepín, 2023.

CAPÍTULO 6

Transparencia y accesibilidad a la información en el ámbito de la salud mental

Cristina Prado Gómez

* Claves

Clave 1: La información sobre salud mental no es accesible ni está actualizada.

Clave 2: La falta de transparencia y de información sobre los recursos en salud mental, dificultan el acceso a las ayudas, prestaciones, programas y servicios existentes.

Clave 3: La opacidad y falta sistemática de información relevante en esta área de la salud apunta a una estrategia de los poderes públicos para dificultar el derecho de la ciudadanía a fiscalizar su gestión, y en consecuencia, eludir posibles responsabilidades.

Clave 4: Podemos obtener nuestros informes médicos electrónicamente pero no acceder a toda nuestra información médica.

Clave 5: Existen algunos derechos que pueden reportar beneficios a las personas con algún problema de salud mental: Tarjeta sanitaria AA; seguro escolar; farmacia gratuita; protocolos contra el acoso escolar...

6.1. Ley de transparencia y su aplicación en el ámbito de la salud mental

La **ley 1/2016 de transparencia y buen gobierno de Galicia** en su preámbulo recoge que *“...Los mecanismos de transparencia y buen gobierno funcionan como contrapesos que garantizan la protección de la ciudadanía frente a hipotéticas arbitrariedades del poder público y el uso indebido del dinero o patrimonio público...”*. Además, obliga a la aplicación del principio de participación ciudadana, considerando como objetivo final de los mecanismos descritos en la ley la provisión a la ciudadanía de la información necesaria para ejercer su derecho fundamental a la participación en los asuntos públicos.

Se puede deducir que, si esos mecanismos no funcionan, tal como ocurre en el ámbito de la salud mental, bien por la falta de actualización en las publicaciones de datos relevantes, bien por la ausencia de publicaciones de información necesaria (estudios epidemiológicos periódicos, mapeo actualizado de recursos existentes, publicidad de la ejecución y cumplimiento de planes y programas de salud mental...), no podemos hablar de transparencia sino de opacidad. En consecuencia, se está vulnerando el derecho reconocido a la ciudadanía a ser informada, y a su posible participación en los asuntos públicos.

La **Ley (estatal) 19/2013 de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen Gobierno**, en su art. 13 recoge el concepto de información pública. Se entiende por información pública los contenidos o documentos que obren en poder de las Administraciones públicas, entidades gestoras de la seguridad social, organismos autónomos, entidades de derecho público, corporaciones de derecho público, la Casa de su Majestad el Rey, el Congreso de los Diputados, fundaciones públicas, asociaciones constituidas por las Administraciones, y que hayan sido elaborados o adquiridos en el ejercicio de sus funciones.

En la **página del portal de transparencia del Estado** podemos encontrar como estudios relevantes: el Informe Nacional de Salud de 2022, Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024 publicado el 4 de diciembre de 2025, Principales datos del Sistema Nacional de Salud (edición marzo 2025), Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, Plan de acción de salud Mental 2022-2024, Plan de acción de salud mental 2025-2027, Defunciones por suicidio en España 2022-2024 (Ministerio de Sanidad).

En la página web de transparencia de la Xunta podemos encontrar: Plan de Salud Mental de Galicia pos-COVID-19 (2020-2024)

En la **página web del Consello de Contas está publicado**: Informe de auditoría operativa de las actuaciones, planes, proyectos y programas en el ámbito de la salud mental del Consello de Contas de Galicia sobre el Plan de salud mental 2020-2024, que pone de manifiesto las deficiencias del Plan y su falta de ejecución.

Por otro lado, el **Informe anual do Valedor do pobo 2020**, recoge la insuficiencia de plazas en centros residenciales para personas con discapacidad intelectual entre las que se encuentran personas con enfermedades mentales. Y en su informe de 2023 reclama más personal especializado en las unidades de salud mental para menores.

La Administración debe ser transparente en su obligación de publicar y facilitar el acceso a información relevante para la ciudadanía, 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 accesible** a la ciudadanía.
- **No hay datos sobre contenciones.** En la visita del Defensor del Pueblo al Sanatorio Hestia La Robleda recomienda a la Xunta que establezca un libro de registro específico de contenciones en cada unidad de hospitalización. Y en su visita al Hospital Psiquiátrico de Conxo recomienda, entre otras cosas, cumplimentar de forma correcta y completa todos los documentos relacionados con el control de uso de medios de contención
- **No hay datos sobre los tiempos de espera** en el ámbito de la salud mental, solo información sesgada, incompleta y de difícil comprobación objetiva.
- **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 a la espera de una plaza en una unidad residencial,** que padecen una enfermedad mental grave.
- **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.

Si la información sobre los recursos existentes y el estado de la salud mental no es accesible, si se haya silenciada, o si se limita a los profesionales y expertos, difícilmente se puede hacer partícipe o corresponsabilizar a los poderes públicos, encargados de la gestión de recursos, en los ambiciosos objetivos que establezcan en los planes y programas de salud mental. **La falta deliberada de información y transparencia se convierte así, en una estrategia para eludir posibles responsabilidades, y en una clara vulneración de derechos.**

6.2. Derecho de acceso a la información pública

Toda persona física o jurídica puede ejercer el derecho de acceso a la información pública.

Este derecho nos permite hacer preguntas a la Administración sobre datos e información pública. La Administración no facilitará datos que afecten a la Seguridad Nacional, Defensa, Política económica y monetaria, para la protección de datos de carácter personal, el secreto profesional... (artículo 14 y 15 de la Ley 19/2013)

Para ejercer ese derecho debemos identificarnos.

La solicitud de información en la Administración General del Estado la podemos ejercer con identificación electrónica en <https://transparencia.gob.es>. También podrán presentarse en papel en cualquiera de los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común (en las oficinas de correos, en los registros de órganos administrativos, en las representaciones diplomáticas u oficinas consulares españolas en el extranjero...) dirigidas a la Unidad de transparencia del Ministerio de Sanidad.

La solicitud de información en la Administración autonómica de Galicia la podemos ejercer en su portal de transparencia: <https://transparencia.xunta.gal>, donde se realiza el procedimiento de información pública obligatoria prevista en el artículo 7 e) de la Ley 19/2013 que contempla la publicación de los documentos que, conforme a la legislación sectorial vigente, deben ser sometidos a un periodo de información pública durante su tramitación. 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). También podrán presentarse en papel en cualquiera de los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común utilizando el formulario normalizado disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia y en el portal de transparencia.

El acceso a la información es gratuito, pero la obtención de copias y la transposición a formatos diferentes podrán estar sujetos al pago de las tasas establecidas en la normativa autonómica. El solicitante no está obligado a motivar su solicitud, pero podrá hacerlo.

El plazo máximo para resolver es 1 mes desde la recepción de la solicitud por el órgano competente para resolver. El silencio administrativo tiene un sentido negativo, pero cabe interponer reclamación ante el/la Valedor/a do Pobo, con carácter potestativo previo a su impugnación en vía contencioso administrativo.

6.3. Derecho de información en el proceso asistencial

6.3.1. Derecho de información

La Ley 14/1986, General de Sanidad establece el derecho a la información en el proceso asistencial, que comprende el derecho a conocer toda la información disponible. La información, como regla general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica.

La normativa sobre consentimiento informado e historia clínica del paciente (LCIHCP) es de aplicación a todo tipo de asistencia sanitaria que se preste en la Comunidad Autónoma de Galicia, en los centros y establecimientos sanitarios públicos o privados, sean o no concertados con el Servicio Gallego de Salud (art.2 de la Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo (LCIHCP))

En el art. 14 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente (LAP), se establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación que obre en su historia clínica y a obtener una copia de ella. Pero en el art 16.3 se exceptúa las anotaciones subjetivas, las opiniones o apreciaciones personales de los profesionales sanitarios, así como la información que revele datos íntimos de terceros, protegidos por el derecho a la confidencialidad, salvo autorización expresa o necesidad terapéutica, cuando el conocimiento de la información por parte del paciente puede causarle un perjuicio grave para su salud física o psíquica.

Debemos tener en cuenta que la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) protege los datos personales sanitarios.

6.3.2. Características, contenido de la información previa al consentimiento, y restricción de la información en interés del paciente

El contenido de la información debe incluir (art. 8.51 LCIHCP; art. 10.1ºLAP):

- Identificación y descripción del procedimiento.
- Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar.
- Alternativas razonables a dicho procedimiento.
- Consecuencias previsibles de su realización.
- Consecuencias de la no realización del procedimiento.
- Riesgos frecuentes y riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento de acuerdo con el estado de la ciencia.
- Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente.
- Contraindicaciones.

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, esto es, se faculta al médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación puede perjudicar su salud de modo grave (art. 7 LCIHCP). En esta hipótesis, debe dejarse constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicarse esta decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho (cfr. art. 6.1 a) LCIHCP).

6.3.3. Renuncia a la información

La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y de las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de obtener el consentimiento previo para la intervención (arts. 11.1º LCIHCP).

6.4. Derecho de acceso a la documentación clínica

En Galicia está implantada la historia Clínica Electrónica, que es el registro unificado de toda la información clínica procedente de actividades relacionadas con la salud: consultas, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, prescripciones farmacológicas... realizadas a un ciudadano en los diferentes niveles asistenciales que componen el Servicio Galego de Saúde. Este sistema, denominado IANUS permite a los profesionales sanitarios gestionar la información clínica de los pacientes, facilitando la prescripción electrónica y la integración de datos de dispositivos médicos. Los ciudadanos pueden acceder a sus datos a través del portal de salud del Sergas y obtener su información clínica disponible, independientemente del hospital y/o del centro de salud de Galicia en el que se hubiesen registrado, pero no toda “nuestra” información que consta en el IANUS es accesible para nosotros.

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. Podrán tener acceso a:

- *Historia Clínica Electrónica – Informes SERGAS:* se le da acceso al ciudadano a una versión imprimible de los informes y resultados de su Historia Clínica. (informes Sergas, pruebas diagnósticas de imagen, carpeta de vacunas, carpeta de cribado, mis informes de ADOS, mi historia de salud laboral, mi carpeta de tarjetas de implante, mi historia clínica en el Sistema Nacional de Salud)
- *Historial Farmacoterapéutico:* permite la consulta de la medicación activa, plan de dispensación e histórico de dispensaciones.

Para consultar los informes clínicos que pudiesen existir fuera del SERGAS, en otro Comunidad Autónoma, el acceso es a través de la plataforma HCDSNS:

- *Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS),* con DNI electrónico que tenga certificado válido.

También se puede acceder a través de [la carpeta ciudadana](#), 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...).

El área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza tiene [un formulario específico](#) de solicitud de documentación clínica.

6.5. Información de interés sobre el acceso a derechos reconocidos

6.5.1. Tarjeta prioritaria AA

Esta tarjeta está regulada en las CCAA de Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Cataluña, **Galicia**, La Rioja, Murcia y Valencia.

En Galicia se denomina tarjeta AA y con ella se obtienen los siguientes beneficios:

- El paciente puede estar acompañado cuando le atiende el personal sanitario.
- Esperar menos tiempo en las consultas médicas, en las pruebas médicas, en urgencias, y en el hospital.

Puede solicitarlo el paciente, su madre, su padre, representante legal o guardador de hecho aportando: DNI, NIE o pasaporte del solicitante; acreditar la condición de padre, madre o representante legal con el libro de familia o el documento judicial de incapacidad del representado donde conste su nombramiento (en el caso de guardador de hecho debe declarar por qué razones tiene bajo su guardia el cuidado del paciente); y la tarjeta sanitaria del paciente.

Son 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...

A petición de los centros sanitarios o unidades gestoras con responsabilidad en el proceso de atención se podrán emitir a pacientes que presenten trastornos cognitivos o de memoria, trastornos de conducta y problemas de comunicación que requieran ayuda y acompañamiento permanente, independientemente de la patología padecida o diagnosticada.

El modelo de solicitud se puede descargar en la [página del SERGAS](#).

6.5.2. Seguro escolar obligatorio

Los estudiantes menores de 28 años que cursen estudios oficiales desde 3º de la ESO hasta el final del 3er ciclo universitario cuentan con un seguro escolar obligatorio que les protege y que gestiona la Seguridad Social.

Es obligatorio para los estudiantes españoles y nacionales de los Estados miembros de la UE y del espacio Económico Europeo, y en general para todos los estudiantes extranjeros residentes siempre que cursen los estudios en España y hasta la edad de 28 años.

El abono de la cuota del seguro se realiza de forma obligatoria junto con el pago de la matrícula. Los centros docentes son los encargados de enviar las cuotas cobradas a la seguridad social.

Cubre accidentes escolares, enfermedad e infortunio familiar.

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, excluidos los denominados trastornos del desarrollo psicológico y del comportamiento y de las emociones, de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

¿Qué requisitos se necesitan para acceder a las prestaciones?

- Tener menos de 28 años, ser español o extranjero con residencia legal en España.
- Estar matriculado en los estudios comprendidos en el seguro y haber abonado la cuota.
- Acreditar un año de seguro (no aplicables en las prestaciones derivadas de accidente escolar, infortunio familiar y tocología, ni a los estudiantes que el año anterior hayan cursado 2º de la ESO, educación especial o que hayan continuado sus estudios en el extranjero). Es decir, con carácter general se debe haber pagado el seguro escolar el año anterior para tener derecho a una prestación médica de salud mental.

El alumnado que está dado de alta en algún régimen de la seguridad social no tiene la obligación de pagar el Seguro escolar y, si lo hacen, no se podrán beneficiar de sus prestaciones (es decir, no debe estar trabajando).

¿Qué cubre el seguro escolar en salud mental?

Internamiento completo, hospitalización de día, y ambulatorio.

¿Dónde se presta la asistencia?

- Centros públicos del Sistema Nacional de Salud.
- Centros sanitarios concertados o colaboradores. (*Seguridad Social: centros médicos colaboradores con el seguro escolar en España*). Se puede acceder a los centros concertados o colaboradores de toda España independientemente del domicilio del estudiante salvo los estudiantes de las CCAA de Castilla-La Mancha, Extremadura, Aragón, Illes Baleares, Cantabria, Asturias, Canarias y País Vasco que solo podrán recibir la asistencia sanitaria pública del sistema de salud de su CCAA.
- Centros privados no concertados.

¿Qué debemos hacer para utilizar el seguro escolar ante un problema de salud mental?

Si el centro o clínica donde se diagnostica a la persona colabora con el INSS presentará la solicitud de ayuda.

La duración máxima de la cobertura de neuropsiquiatría, cuando englobe más de dos modalidades e incluidas las prórrogas, será de 3 años en total.

La cobertura para la asistencia psicológica que no requiera hospitalización, incluye 6 meses con la posibilidad de prórroga de 6 meses más, cubriendo la totalidad o parcialmente el coste de las sesiones.

La cobertura de la prestación en régimen de internamiento se concede por un periodo de 6 meses, prorrogable durante año y medio por periodos igualmente de 6 meses.

El pago de la prestación económica la hace el INSS al solicitante debiendo justificarse posteriormente el gasto.

¿Dónde se tramita?

Instituto Nacional de la Seguridad Social, se puede presentar electrónicamente o en papel en un registro público.

El INSS debe realizar una resolución reconociendo el derecho a la prestación y debe notificarse en el plazo máximo de 90 días.

En casos de urgencia, debidamente justificada, el interesado dispondrá de un plazo de 5 años para solicitar el reintegro de los gastos (art 43 de la LGSS).

Las CCAA de Castilla-La Mancha, Extremadura, Aragón, Illes Balears, Cantabria, Asturias, Canarias y País Vasco gestionan el seguro escolar y a sus estudiantes no se les reembolsan los gastos y solo podrán recibir la asistencia sanitaria del sistema sanitario de su CCAA. Respecto a los estudiantes de otra CCAA que se desplacen a esas CCAA el tratamiento no será reembolsado si acuden a centros privados no concertados.

6.5.3. Derecho a la aplicación del protocolo de acoso escolar

La Xunta de Galicia ha desarrollado un Plan integral contra el acoso escolar (2023-2025).

El acoso escolar es una de las principales causas de suicidio infantil. Si un niño/a sufre acoso escolar hay que denunciarlo en el centro educativo en un escrito en el que se solicite expresamente la activación del protocolo. Y solicitar por escrito una reunión urgente con dirección y orientación.

Los centros tienen la obligación de investigar y actuar. Si abren el protocolo de acoso, el centro debe comunicárselo a las familias y a la Inspección educativa. Si se cierra el protocolo también hay que notificar a los padres.

Si el colegio no abre el protocolo de acoso, o no toma medidas, o las que toma no se consideran suficientes, hay que acudir a la Inspección educativa y en casos de extrema gravedad ponerlo en conocimiento de Fiscalía de Menores.

En caso de agresiones físicas, amenazas graves o ciberacoso con contenido comprometedor se debe también denunciar ante la policía.

6.5.4. Derecho a asistencia farmacéutica a precio reducido por discapacidad

Las personas con un grado de discapacidad superior al 33% están exentas de aportación en prestación farmacéutica en los casos establecidos en la Ley 13/1982 de Integración Social de las personas con discapacidad.

También están exentos de aportación en la prestación farmacéutica aquellos pacientes que sean perceptores de pensiones no contributivas por invalidez y/o beneficiarios del sistema especial de prestaciones asistenciales y económicas, según lo establecido por el R.D.L. 1/2013 de 29 de noviembre.

Desde el 1 de enero de 2021, las personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% están exentas de aportación farmacéutica. En la sede electrónica de la seguridad social, sede.seg-social.gob.es, apartado de asistencia sanitaria dentro de España, hay un formulario para solicitar la farmacia gratuita en ese caso.

Si a un menor con discapacidad le están cobrando los medicamentos en la farmacia, pueden acercarse sus padres o tutores al centro de atención primaria con la tarjeta sanitaria y el certificado de discapacidad, y si no pueden resolverlo, puede solicitarlo al Ministerio de Sanidad a través de la solicitud de farmacia gratuita para menores con discapacidad igual o superior al 33%.

6.6. Conclusiones

1. La transparencia, y una información pública actualizada y accesible son fundamentales para poder ejercer nuestros derechos como ciudadanos. **Los poderes públicos no pueden esconderse detrás de la opacidad y ocultamiento de datos relevantes, y seguir eludiendo el legítimo derecho de la ciudadanía de fiscalizar la gestión** que están haciendo de los recursos públicos en general, y en el ámbito de la salud mental en particular.
2. La falta de información en salud mental no solo merma el derecho de participación ciudadana, sino que menoscaba su derecho a percibir una asistencia sociosanitaria adecuada, ya que el desconocimiento de los recursos existentes obstaculiza el acceso a los mismos. **Urge la publicación de un mapeo actualizado de recursos en salud mental en Galicia.**
3. En el ámbito de la salud mental, la falta de información y transparencia es especialmente grave, ya que puede suponer, en algunos casos, la vulneración de derechos humanos. **No debe seguir existiendo opacidad en el registro y acceso a la información de contenciones mecánicas y farmacológicas.**
4. **El acceso al historial médico completo es difícil**, ya que al que tenemos acceso a través de la Administración no incluye la información médica que consta en los hospitales y consultas médicas privadas. En ocasiones concretas, **disponer de toda la información es crucial para la posible defensa de nuestros derechos en caso de litigio.** Si nos encontramos en esta situación, se podrá solicitar por vía judicial toda la información disponible en el IANUS sobre nuestro caso personal.
5. **Un importante porcentaje de la población acude a centros privados**, ya sean funcionarios adscritos a MUFACE, MUJEJU e ISFAS (que no hayan optado por la asistencia de la sanidad pública), ya sean ciudadanos con seguros privados. **Esa información médica no está accesible de manera agrupada, y tampoco se computa en los registros y estadísticas, por lo que se desvirtúa realmente el conocimiento riguroso de la situación de la salud mental;** población real afectada, listas de espera, tiempo de espera para una primera consulta y entre consultas...

* en el apartado de **Anexos** se adjunta: solicitud de la prestación del seguro escolar; solicitud de copia de documentación clínica; modelo de solicitud de la tarjeta sanitaria AA; solicitud de farmacia gratuita para menor con discapacidad igual o mayor al 33%

* Autoría y créditos

Cristina Prado Gómez

Licenciada en Ciencias Económicas.

* Normativa y documentación de interés

- Constitución española.
- Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo de educación.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente.
- Ley 35/2015 de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
- Ley 19/2013 de 9 de diciembre de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
- Ley 4/2011 de 30 de junio de convivencia y participación de la comunidad educativa.
- La ley 14/1986 Ley General de Sanidad
- La Ley gallega 3/2001 de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
- Ley 17 de julio de 1953 sobre el establecimiento del Seguro Escolar en España.
- Ley 1/2015 de 1 de abril, de garantía de la calidad de los servicios públicos y de la buena administración. Galicia.
- Ley 1/2016 de 18 de enero de transparencia y buen gobierno. (Xunta de Galicia)
- Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal
- Orden de 3 de marzo de 2016 por el que se aprueba el modelo normalizado de solicitud de acceso a la información pública de la Administración general y de las entidades integrantes del sector público autonómico de Galicia.
- Decreto 6/2015 de 8 de enero, en el que se desarrolla la Ley 4/2011
- Información acerca das unidades apoio comunitario para a atención ao trastorno mental grave en Galicia Consellería de Sanidade Xunta de Galicia

- Memoria asistencial Plan de salud mental en Galicia post covid-19 período 2020-2024
- Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria Servicio Galego de Saúde Consellería de Sanidade Xunta de Galicia
- PREGUNTAS FRECUENTES EN EL ÁMBITO SANITARIO. Manual de consulta para la ciudadanía. Versión 6 febrero 2024
- Protocolo Educativo para prevención detección do acoso e ciberacoso escolar. Xunta de Galicia. 2025
- Plan integral contra acoso e ciberacoso 2025
- Visita del Defensor del Pueblo al Sanatorio Hestia La Robleda fecha 03/01/2025
- Visita del Defensor del Pueblo a Hospital Psiquiátrico de Conxo fecha 02/11/2021

CAPÍTULO 7

Salud mental infanto-juvenil. Derechos de las personas menores de edad

Belén Trigo García

* Claves

CLAVE 1: Los pacientes de salud mental menores de edad tienen los mismos derechos que los mayores de edad, si bien hay que tener en cuenta dos aspectos particulares. En primer lugar, se trata de un colectivo que, precisamente, por razón de su juventud y vulnerabilidad, merece una especial protección. En segundo lugar, la falta de madurez de la infancia y adolescencia puede conllevar una limitación en el ejercicio de los derechos de los que son titulares los menores de edad y, por tanto, la necesaria intervención de las personas encargadas de velar por sus intereses: progenitores o, en su caso, tutores.

CLAVE 2: Es preciso tener claro qué se entiende por menor a los efectos de la legislación sanitaria.

CLAVE 3: La protección de los menores de edad ha de tener en cuenta el respeto de sus derechos fundamentales (dignidad, autonomía personal, no discriminación), y la atención de necesidades específicas derivadas de condiciones o circunstancias personales, familiares o sociales; entre otras, la edad, el género, la identidad y orientación, sexual, la discapacidad, o la situación de desamparo.

CLAVE 4: Respecto de sus derechos, ha de prestarse especial atención al derecho de información y autonomía del paciente menor, esto es, el consentimiento informado, el consentimiento por sustitución, y el derecho del menor a ser oído.

CLAVE 5: Si bien resulta positivo el reconocimiento normativo y por parte de las autoridades sanitarias de la existencia de necesidades específicas, este reconocimiento no siempre va acompañado de la implementación efectiva de estas medidas ni de la dotación de recursos suficientes para atender de manera adecuada todos los casos.

7.1. Minoría y mayoría de edad sanitaria en el ámbito de la salud mental

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.

En otras palabras, cuando se habla de menor de edad y salud mental hay que distinguir dos hipótesis: la persona menor de edad que no ha cumplido los 16 años, y la persona menor de edad con 16 años cumplidos.

Conviene aclarar que la perspectiva legal (mayoría-minoría de edad) considera el ejercicio de los derechos de que es titular la persona menor, esto es, si los puede ejercitar el menor por sí mismo o si es necesaria la intervención de sus representantes legales, progenitores titulares de la patria potestad o tutor.

En cambio, desde la perspectiva médico-sanitaria se considera la madurez y el desarrollo de la persona, de modo que el concepto de joven respecto del tratamiento de la salud mental no coincide necesariamente con el concepto jurídico de minoría de edad a efectos sanitarios.

En este sentido, 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.

De forma parecida, el Plan de salud mental de Galicia pos-COVID-19 contemplaba el diseño de un programa de tránsito al adulto para favorecer la continuidad asistencial de los menores con trastorno mental grave.

7.2. Representación legal de las personas menores de edad

7.2.1. Menor de edad que no ha cumplido los 16 años

Las personas menores de edad están sometidas a un régimen de protección; normalmente la patria potestad. A falta de progenitores o si estos incumplen o se ven imposibilitados para cumplir los deberes derivados de la responsabilidad parental, el régimen aplicable es la tutela. Hay que tener en cuenta que la tutela de los menores en situación de desamparo es ejercida por la entidad pública encargada de velar por el bienestar de los menores (vid. infra menores en el sistema de protección).

En el caso de menores que no han cumplido los 16 años, el consentimiento para todo tratamiento o intervención en materia de salud mental ha de ser otorgado por sus representantes legales, padres o tutores (vid. infra consentimiento por sustitución).

No obstante:

- Es importante destacar que toda actuación o decisión relacionada con un menor de edad ha de tener en cuenta su interés superior. Desde esta perspectiva debe favorecerse la autonomía del menor para tomar decisiones conforme a su edad y madurez; en todo caso, ha de respetarse su derecho a ser informado, oído y escuchado.
- Asimismo, para proteger al menor, es necesaria autorización judicial para el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, aunque la persona esté sometida a patria potestad o tutela.
- En caso de desacuerdo en el ejercicio de la patria potestad, cualquiera de los progenitores podrá acudir a la autoridad judicial, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente madurez y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá la facultad de decidir a uno de los dos progenitores. Por ejemplo, cuando los progenitores no se ponen de acuerdo sobre la conveniencia de que el menor de edad acuda a consulta psicológica o de iniciar o cambiar un tratamiento psiquiátrico.
- En defecto o por ausencia o imposibilidad de uno de los progenitores, la patria potestad será ejercida exclusivamente por el otro. Si los progenitores viven separados, la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. No obstante, en caso de desacuerdo sobre una decisión relativa a la salud mental del menor, el otro progenitor -no conviviente- podrá solicitar a la autoridad judicial, en interés del hijo, la no adopción de esa medida o la adopción de otra medida distinta.
- En caso de conflicto de intereses entre el menor y sus representantes legales, se prevé de forma puntual el nombramiento de un defensor judicial del menor. Si el conflicto de intereses existiera solo con uno de los progenitores, el ejercicio de la patria potestad, en este caso, el consentimiento informado en relación a la salud mental del menor corresponde al otro progenitor.

- También se nombrará defensor judicial del menor, de forma temporal, para el supuesto de que, por cualquier causa, el tutor no desempeñe sus funciones, hasta que cese la causa determinante o se designe otra persona.

7.2.2. Menor de edad con 16 años cumplidos

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.

No obstante, como se dijo, en el ámbito sanitario -salvo las excepciones legales-, se considera al menor de 16 años con madurez suficiente para tomar por sí mismo las decisiones que afectan a su salud mental (mayoría de edad sanitaria); en concreto, 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.

7.2.3. Menores de edad y guarda de hecho

Puede suceder que, por diversas circunstancias, el menor se encuentre al cuidado de un familiar o conocido; es lo que se conoce como guarda de hecho. Mientras se mantenga esta situación fáctica y hasta que, en su caso, se constituya la medida de protección adecuada (vid. infra menores en el sistema de protección), cabe que la persona guardadora de hecho ejercite facultades tutelares para velar por el menor o actúe como acogedor familiar.

7.2.4.- Menores en el sistema de protección

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 previsión legal es que las personas menores tuteladas por la Xunta de Galicia tendrán preferencia para ser asistidas en los centros sanitarios públicos o concertados.

Se entiende por desamparo la situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia.

A su vez, debe tenerse en cuenta que la declaración de desamparo y consiguiente asunción de la tutela por la entidad pública conllevan la suspensión de la patria potestad o tutela ordinaria a que estuviera sometida la persona menor.

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:

- **La familia acogedora tiene las mismas obligaciones respecto del menor acogido que las que la ley establece para los titulares de la patria potestad;** en concreto, tiene el deber de velar por el menor y para ello puede ejercer los derechos inherentes a la guarda.

Todo ello sin perjuicio del deber de informar a la Entidad Pública de cualquier hecho de trascendencia en relación con el menor y de la obligación de oír al menor siempre antes de tomar decisiones que le afecten, si tuviere suficiente madurez y, en todo caso, si fuera mayor de 12 años, sin exclusión alguna por discapacidad, y a transmitir a la Entidad Pública las peticiones que éste pueda realizar dentro de su madurez.

- **En el caso de menores en acogimiento residencial, corresponde a las Entidades Públicas y los servicios y centros donde se encuentren la obligación de velar por el menor,** debiendo contar para ello con un plan individual de protección que establezca claramente la finalidad del ingreso, los objetivos a conseguir y el plazo para su consecución. Expresamente, se prevé la posibilidad de que la entidad acogedora administre los medicamentos que, en su caso, precisen los menores bajo prescripción y seguimiento médico, de acuerdo con la praxis profesional sanitaria. A estos efectos se llevará un registro con la historia médica de cada uno de los menores.

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.

7.3. Derecho a la atención sanitaria de las personas menores en el ámbito de la salud mental

En materia de atención sanitaria de las personas menores resultan de aplicación los derechos sanitarios generales:

- Derechos a la integridad -física y psíquica-, a la intimidad y a la confidencialidad de sus datos personales.
- Derecho a la igualdad y la no discriminación.
- Derecho al acompañamiento
- Derecho a la información y a la autonomía de decisión.

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; al respecto, hay que tener en cuenta que este desarrollo puede limitar su aplicación. Por ejemplo, el Decreto 54/2015, de 12 de marzo, por el que se regulan el procedimiento y los efectos de la garantía del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema público de salud de Galicia, limita el ejercicio de este derecho a los siguientes casos, dejando fuera los supuestos de salud mental: enfermedades neoplásicas malignas; enfermedades neurológicas inflamatorias y degenerativas invalidantes; confirmación de diagnósticos de enfermedad rara.

7.3.1. Derecho a la igualdad de trato y la no discriminación en la atención sanitaria. Supuestos específicos

Con carácter general, se prohíbe -tanto en el sector público como en el privado- toda discriminación por razón de edad y por razón de enfermedad o condición de salud.

En cambio, sí se permite establecer diferencias de trato cuando los criterios para tal diferenciación sean razonables y objetivos de acuerdo con un propósito legítimo o autorizado por la normativa destinada a proteger a las personas, o a grupos de población necesitados de acciones específicas para mejorar sus condiciones de vida. En este

sentido, cabe contemplar condiciones o circunstancias personales o sociales como el género, la discapacidad, la identidad u orientación sexual, la nacionalidad, o sufrir violencia.

Menores LGTBI

Respecto de las personas LGTBI, se prevé, con carácter general, la formación del personal al servicio de las Administraciones públicas, la protección y promoción de la salud de las personas LGTBI, y la **prohibición de las terapias de conversión**. A propósito de la despatologización de las personas trans, la ley recuerda que la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su undécima revisión (CIE-11), de 2018, eliminó la transexualidad del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento, trasladándola al de «condiciones relativas a la salud sexual».

En el caso de menores de edad LGTBI que padezcan enfermedades mentales, la normativa prevé que las administraciones sanitarias promoverán acciones destinadas a atender sus necesidades sanitarias específicas, también con el fin de asegurar un efectivo acceso y disfrute de los servicios sanitarios de acuerdo con sus necesidades.

Menores víctimas de violencia de género

También se contempla que las personas menores que vivan o padezcan situaciones de violencia de género **tendrán derecho a asistencia psicológica gratuita**, que comprenderá medidas de apoyo psicosocial específicas y adaptadas a sus características y necesidades. Esta previsión es recogida en el Plan de salud mental de Galicia pos-COVID-19, dentro del eje 4 Salud mental en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el cual han de crearse vías rápidas para la atención a menores víctimas de violencia de género o maltrato intrafamiliar.

7.3.2. Derecho al internamiento y asistencia en centros o unidades especializadas.

Las personas menores como grupo especial de pacientes tienen, con carácter general, derecho a actuaciones y/o programas sanitarios específicos y preferentes, ejecutados a través de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Público de Salud de Galicia.

En concreto, **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. La necesidad de especialización se justifica por la relevancia de los trastornos mentales en menores, sus graves y eventuales consecuencias a largo plazo, y la tendencia al alza en los ingresos de menores. **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.**

A propósito de la necesidad de recursos específicos, **el Plan estatal de acción de salud mental 2025-2027 prevé las siguientes medidas:**

- Promover la regulación de la formación sanitaria especializada en psicología clínica de la infancia y adolescencia, inexistente en la actualidad pese a las reiteradas reclamaciones en este sentido.
- Potenciar las alternativas a la hospitalización infanto-juvenil en la atención de la salud mental; promover modelos alternativos a la hospitalización en episodios agudos en la infancia y adolescencia, como la atención domiciliaria, la hospitalización parcial, las casas de crisis, o programas asertivos comunitarios que garanticen los derechos y permitan reducir el número de ingresos hospitalarios en la infancia y adolescencia por motivos de salud mental.

En Galicia, **el Acuerdo por la mejora de la salud mental infanto-juvenil de Galicia (2022)** reconoce la elevada prevalencia de trastornos mentales como un problema de salud pública, así como la necesidad de adecuar los recursos asistenciales (de personal, unidades, programas...) a las necesidades reales del área de salud infanto-juvenil. En concreto, señala como medidas prioritarias (Bloque 1 Recursos):

- Reforzar los equipos de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, y extender hasta los 21 años la edad de atención (medida 1.A)
- Crear equipos terapéuticos específicos para adicciones, TCA, autismo y otros (medida 1 C)
- Crear viviendas comunitarias tuteladas y equipos de atención domiciliaria para casos de problemas graves de conducta (medida 1 G).

De forma semejante, **el Plan de salud mental de Galicia pos-COVID-19** contemplaba en su eje 4 Salud mental en la infancia y adolescencia (Objetivo 4.2 Implantar nuevos programas de atención) la creación de hospitales de día de salud mental infanto-juvenil en cada área sanitaria.

Respecto de los centros de protección específicos de menores con problemas de conducta, la ley rechaza la posibilidad de ingreso en el caso de 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.

7.3.3. Derecho de confidencialidad: protección de datos y acceso a la historia clínica

El derecho a la confidencialidad se concreta en la protección y no divulgación de datos personales sobre el estado de salud, así como los referidos a creencias, religión, ideología, vida sexual, origen racial o étnica, malos tratos, etc.

Este deber de confidencialidad del personal médico sanitario se relaciona con el deber de secreto profesional y la aplicación de la normativa de protección de datos personales; al respecto, ha de destacarse que los datos relativos a la salud constituyen

una categoría que goza de especial protección. En todo caso, el grado de confidencialidad, entendido como la identificación del destinatario y el contenido de la información que puede suministrarse, será decidido por el o la paciente, excepto en los casos en que legalmente se contemple el deber de información (vid. infra sobre consentimiento informado).

Al respecto, **la ley española permite el ejercicio del derecho de acceso a los datos personales, en el caso de los datos médicos, a la historia clínica, a la persona menor de edad cuando sea mayor de 14 años.** En el caso de los menores de 14 años, el ejercicio corresponde a los titulares de la patria potestad o la tutela en nombre y representación de los menores.

Ahora bien, lo anterior no significa que los progenitores no puedan acceder a la historia clínica de sus hijos mayores de 14 años: en cumplimiento de su deber de velar por la salud de sus hijos, los titulares de la patria potestad están habilitados para acceder a la información sanitaria de sus hijos, también a su historia clínica, salvo que expresamente se restrinja o se excluya esta facultad; por ejemplo, a solicitud del menor, o para proteger su interés superior.

7.3.4. Derecho de acompañamiento

Con carácter general, se reconoce el derecho del paciente a ser acompañado por una persona de su confianza; en el caso de las personas menores, el derecho se aplica a padres, tutores o guardadores.

No obstante, este derecho puede ser limitado o, incluso, excluido, en los casos en que esas presencias sean desaconsejadas o incompatibles con la prestación sanitaria conforme a criterios clínicos, con la correspondiente explicación a las personas afectadas.

7.3.5.- Derecho de información y autonomía de la persona menor.

Todo paciente, también el menor de edad, es titular de derechos relacionados con la autonomía personal y la toma de decisiones sobre su salud, en el contexto de humanización de la asistencia sanitaria, de modo que esta sea adecuada a sus valores, creencias y cultura.

Información

Tratándose de menores de edad **se prevé la información** clínica al paciente **de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, su madurez y circunstancias personales** para que tenga conocimiento de su situación y pueda expresar sus preferencias, en su caso, como ayuda para tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Respecto de las personas menores con discapacidad, se prevé el ofrecimiento de las medidas de apoyo que precise, incluida la información en formatos adecuados.

El deber de informar se atribuye al médico responsable del paciente y también a todos los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o que le apliquen una técnica o un procedimiento concreto.

También se contempla el derecho de información de las personas que han de prestar el consentimiento en la hipótesis de consentimiento por sustitución. Cuando se trata de menores de dieciséis años cumplidos, en caso de actuación de grave riesgo y según criterio facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisiones.

Fuera de estos casos, serán informadas las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, en la medida en que el paciente lo permita de forma expresa o tácita (vid. supra derecho a la confidencialidad).

El derecho a la información sanitaria puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. En esta hipótesis, debe dejarse constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicarse esta decisión a las personas responsables de velar por el menor de edad.

Derecho a ser escuchado de los menores de edad inferior a 16 años.

Sin perjuicio de que la mayoría de edad sanitaria se sitúe en los 16 años, los menores de esta edad tienen derecho a recibir información y a ser escuchados para participar, en la medida de lo posible, en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Este derecho a la información y a ser escuchado se reconoce siempre que tengan suficiente madurez y, en todo caso, a partir de los 12 años.

Consentimiento informado.

El consentimiento ha de ser prestado por el paciente de 16 años cumplidos tras recibir información clara, suficiente y completa.

El consentimiento será verbal, por regla general, prestándose por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del o la paciente.

El consentimiento informado, salvo las excepciones legales, **es necesario para todo tratamiento o intervención médico-sanitaria. También para la administración de medicamentos.**

Como excepción, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento o incluso ante su negativa al tratamiento, en los siguientes casos:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley.
- b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física y psíquica del paciente y no es posible obtener la autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

En todo caso, el internamiento obligatorio o no voluntario de menores precisará autorización judicial previa; de procederse de urgencia al internamiento se comunicará a la autoridad judicial en el plazo máximo de veinticuatro horas.

Consentimiento por sustitución en el ámbito de la salud mental

Cuando el paciente menor de edad, por criterio del médico responsable de la asistencia, no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, esté circunstancialmente incapacitado para tomar decisiones **o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, cabe el consentimiento por sustitución**, esto es, que presten el consentimiento a la intervención o tratamiento médico-sanitario las personas encargadas de velar por el menor.

Debe recordarse que, fuera de estos supuestos especiales, la toma de decisiones corresponde al menor con dieciséis años cumplidos, no a sus progenitores o tutores, sin perjuicio de que, en caso de actuación de grave riesgo y según criterio facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisiones.

Corresponde prestar el consentimiento por sustitución al representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos y, en general, si tiene madurez suficiente.

Hay que tener en cuenta que **la ley gallega requiere la mayoría de edad para el otorgamiento de instrucciones previas. No obstante, si el menor previamente ha comunicado a sus allegados o ha dejado constancia de sus deseos y preferencias respecto del tratamiento médico-sanitario, su voluntad debería ser tenida en cuenta incluso si en el momento de la asistencia no puede expresar su voluntad.**

A falta de representantes legales del menor, se dará preferencia a los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado a los que ejerzan de cuidadores o, a falta de éstos, a los de mayor edad.

El consentimiento por sustitución será adecuado a las circunstancias y proporcionado a las necesidades que es preciso atender, atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente y con respeto a su dignidad personal. En particular respecto de los menores de edad, es de aplicación el principio de interés superior de la persona menor.

En caso de que la decisión del representante legal sea contraria a los intereses del menor, habrán de ponerse los hechos en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

Derecho a rechazar el tratamiento

Dentro del derecho del paciente a decidir libremente, tras recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, se incluye el derecho a negarse al tratamiento. Esta negativa ha de constar por escrito.

En su caso, esa negativa conlleva solicitar y firmar el alta voluntaria. Si no lo hiciera así, corresponderá darle el alta a la dirección del centro. Todo esto sin perjuicio de que el paciente pueda recibir otros tratamientos alternativos, curativos o paliativos y sanitarios.

Es también posible que, una vez otorgado el consentimiento, el paciente cambie de opinión; en este sentido, **el consentimiento es revocable** libremente por el paciente y en cualquier momento.

La Estrategia estatal de salud mental recomienda establecer procedimientos que hagan efectiva la información acerca de las propuestas terapéuticas y los modos en los que se abordará su proceso, ofreciendo alternativas para que, en caso de negativa, esto no suponga la pérdida de la continuidad de la atención.

7.4. Conclusiones

1. Las personas menores son titulares de los derechos sanitarios generales, con las necesarias adaptaciones en atención a su edad y madurez; también a sus necesidades específicas.
2. La mayoría de edad sanitaria se alcanza a los 16 años: a partir de esta edad es la persona menor la que toma las decisiones relativas a su salud mental.
3. El consentimiento por sustitución es otorgado por las personas encargadas de velar por el menor, padres y, en su caso, tutores, en dos supuestos: menores de edad que no hayan cumplido 16 años sin madurez suficiente; en general, cuando el menor se encuentre en una situación que no le permita tomar decisiones por sí mismo.
4. Las personas menores de edad tienen derecho a ser informadas, escuchadas, y tenidas en cuenta en la toma de decisiones sobre su salud mental de acuerdo con su edad y madurez y, en todo caso, a partir de los 12 años.
5. En caso de que se vulneren los derechos de las personas menores de edad en el ámbito de la salud mental, cabe interponer las vías de reclamación pertinentes en cada caso (y que se han desarrollado en capítulos anteriores).

* Autoría y créditos

Belén Trigo García

Profesora de derecho civil, Universidad de Santiago de Compostela.

belen.trigo@usc.es

* Normativa y documentación de interés

Normativa aplicable a la salud mental de las personas menores en Galicia y documentación de interés.

A las personas menores les son aplicables las normas generales en materia de prestación médico-sanitaria y servicios sociales; además, en algunos casos, se contempla de forma expresa y particular la situación de los menores de edad.

Hay que tener en cuenta que la normativa aplicable a la salud mental de las personas menores de edad es dispersa, de ahí que para identificar esta regulación sea necesario el recurso a distintas leyes.

Igualmente, dado el reparto de competencias en la materia entre Estado y Comunidades Autónomas, deben tenerse en cuenta tanto normas estatales como autonómicas, en este caso, gallegas.

Legislación gallega (disponible en <https://www.lex.gal>):

- Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes
- Ley 2/2006, de 14 de junio, de derecho civil de Galicia
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia
- Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia
- Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia
- Ley 12/2013, de 9 de diciembre, de garantías de prestaciones sanitarias
- Ley 1/2015, de 1 de abril, de garantía de la calidad de los servicios públicos y de la buena administración

Legislación estatal (disponible en <https://boe.es>):

- Código civil
- Ley 14/1986, general de sanidad
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI

Otros documentos

De forma complementaria hay que tener en cuenta una serie de documentos en materia de salud mental y tratamiento de menores, también en supuestos especiales.

- Plan estatal de acción de salud mental 2025-2027, Comisionado de Salud Mental Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (PESM 25-27) https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.9.pdf
- Consulta resuelta por la Agencia Española de Protección de Datos sobre el acceso a la historia clínica de menores <https://www.aepd.es/preguntas-frecuentes/10-menores-y-educacion/FAQ-1005-pueden-acceder-los-progenitores-a-las-historias-clinicas-de-sus-hijos-mayores-de-14>
- Plan de salud mental de Galicia POSCOVID-19 periodo 2020- 2024 <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/PLAN-DE-SAUDE-MENTAL-DE-GALICIA-POSCOVID-19?idioma=es>
- Acuerdo por la mejora de la Salud Mental Infanto-Juvenil de Galicia, 2022 <https://www.fundacionsalma.org/castellano/proyectos/acuerdo-por-la-salud-mental-infanto-juvenil>
- Desafíos de salud mental de niños LGBTQ+ Un vistazo a los factores de riesgo y de protección <https://childmind.org/es/articulo/desafios-de-salud-mental-de-ninos-lgbtq/>
- El acceso a servicios de salud mental por parte de las niñas, niños y adolescentes no acompañados en necesidad de protección internacional (diciembre 2025) <https://www.plataformadeinfancia.org/documento/acceso-servicios-salud-mental-de-la-infancia-no-acompanada-en-necesidad-de-proteccion-internacional/>

CAPÍTULO 8

Estándares sanitarios. Cumplimiento, desviación y corrección. Estudios epidemiológicos en salud mental

Jessica Lavandeira

* Claves

Clave 1: Los estándares sanitarios se componen de un conjunto de requisitos, directrices o especificaciones técnicas para garantizar la calidad, seguridad, y eficacia en la atención médica y/o gestión de información de salud.

Clave 2: Su finalidad es proteger la salud pública y asegurar un nivel mínimo de cuidado, velando por la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de la población, controlando y previniendo los riesgos para la salud pública. En el ámbito de la salud mental esto no se cumple, ya que falla de forma significativa la prevención, la información relevante para la población, y la garantía de recibir una atención médica en tiempo y forma, indicadores claros de que los estándares sanitarios son muy deficientes en esta área de la salud.

Clave 3: En el ámbito de la salud mental no existen suficientes estudios epidemiológicos para identificar riesgos, guiar estrategias y corregir desviaciones de los estándares establecidos.

Clave 4: El artículo 43 y la reforma del artículo 49 de la Constitución Española obligan a los poderes públicos a proteger la salud, incluida la mental, mediante servicios y medidas adecuadas, lo que exige estándares sanitarios unificados, vinculantes, transparentes y controlados.

8.1. Establecimiento de estándares sanitarios

Vista la enorme importancia, por su propia materia y por número de población afectada, así como el interés para la propia sociedad en su conjunto, la regulación de la salud mental es vital, y es la forma de dar cumplimiento al mandato Constitucional, pero nos encontramos con que en España y en Galicia no existe una ley específica para esta importante área de la salud.

Existen leyes que parcialmente regulan algún tema como parte del sistema sanitario general o la discapacidad:

- *La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986)* reconoce el derecho a la atención integral de salud, incluyendo la mental, pero no se ocupa en profundidad de esta.
- *La Ley 1/2013, General de derechos de las personas con discapacidad* incluye personas con trastornos mentales, pero únicamente en temas de accesibilidad.
- *La Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002)* se ocupa de la regulación del consentimiento informado, pero no aborda la salud mental de modo específico.
- *Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia* incluye la salud mental y la atención a las drogodependencias dentro de la asistencia como cualquier otro aspecto de salud.
- **Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia.**
- **Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.**
- **Decreto 347/2002, de 5 de diciembre, por el que se regulan los pisos protegidos, viviendas de transición y unidades residenciales para personas con trastornos mentales persistentes.**

En el ámbito de la salud mental, la actual legislación: fragmentada, poco cohesionada, antigua, con poco desarrollo normativo, y falta de obligación presupuestaria para la ejecución de los derechos que en ella se reconocen, no resulta garantista de la defensa de la salud y de los derechos humanos.

Se necesita una regulación específica, vinculante y garantista, que sea medible, exigible y sancionable. Urge una ley estatal específica de salud mental para establecer un marco común y vinculante para todas las comunidades autónomas, que deben tener también su propia Ley, todo para garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental y equiparar, de una vez, la salud mental con el resto de las áreas de la salud.

Como excepción, hay algunas comunidades que sí han legislado a nivel autonómico, como Navarra y La Rioja

Por otro lado, **El Plan de Salud Mental de Galicia pos-COVID-19** recogía compromisos claros como la reducción de tiempos de espera en psiquiatría, refuerzo de equipos comunitarios, y programas de prevención del suicidio, pero no solo no se han cumplido

los objetivos marcados, sino que se ha dejado de ejecutar un presupuesto ya aprobado e imprescindible para la consecución de esos objetivos. En este sentido, informes de la Valedora do Pobo (2022) señalan que las listas de espera en psiquiatría infantil se prolongan más allá de los plazos razonables. Y además, informes del Consello de Contas advierten de desigualdad territorial, aumento de las listas de espera para la primera consulta, consumo elevado de psicofármacos, etc.

Está claro que se deben mejorar los mecanismos de evaluación continua de la salud mental comunitaria, para poder identificar deficiencias del sistema, problemas y riesgos, y fiscalizar el cumplimiento de objetivos de las políticas puestas en práctica en esta área de la salud.

Además, **también la OMS insta a la promoción de estándares en políticas de salud mental** como el Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) y el Plan de Acción en Salud Mental 2013–2030, que incluyen cobertura universal, calidad de atención y respeto a los derechos humanos, vigilancia epidemiológica, y directrices globales de salud mental en el trabajo, que orientan a los países para definir estándares nacionales pero no se dotan los recursos necesarios, lo que convierte estas en meras referencias, instrumentos declarativos.

La OMS ha emitido directrices que sirven como estándares de referencia internacional para planificar y evaluar servicios de salud mental, pero corresponde al Estado y Comunidades Autónomas la obligación de implementarlos.

Ante la falta de esta Ley integral nos preguntamos **¿Qué tenemos en España para establecer esos estándares o esa imprescindible estrategia de actuación conjunta?** La respuesta es, Estrategias y Planes, que no tienen carácter de ley ni son vinculantes, se trata de la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026**, el **Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027** y el **Plan Nacional de Prevención del Suicidio**, pero que tienen sus nada banales insuficiencias.

8.1.1. Estrategia de salud mental del SNS 2022-2026.

La aprobación de la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022–2026** representa un intento relevante de adaptación del sistema público de salud a las necesidades emergentes de la población y a la línea de recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

La estrategia no tiene fuerza vinculante en sí misma, sino que es un marco de referencia y planificación que guía las acciones del sistema para mejorar la salud mental de la población. Su fuerza reside en ser el instrumento que articula las políticas y los planes de acción, siendo estos últimos los que tienen un mayor nivel de exigencia al estar basados en leyes y decretos específicos.

El documento, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS en noviembre de 2021, actualiza una estrategia anterior. Dicha Estrategia se construye sobre un enfoque centrado en derechos humanos, inclusión, equidad de género y atención comunitaria, articulado en diez líneas estratégicas:

1. **Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.** Se prioriza la dignidad, el respeto de los derechos humanos, la participación activa de la persona con problemas de salud mental, su autonomía, consentimiento informado, confidencialidad, etc.
2. **Promoción de la salud mental de la población y prevención** de los problemas de salud mental
3. **Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.**
4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el **modelo de recuperación en el ámbito comunitario**. Disminuir institucionalización; promover servicios comunitarios.
5. **Salud mental en la infancia y en la adolescencia**, medidas específicas de detección temprana, intervención educativa, coordinación con servicios de protección de menores.
6. **Atención e intervención familiar**, reconoce el papel de la familia
7. **Coordinación** interinstitucional, intersectorial y dentro del sistema de salud mental.
8. **Participación de la ciudadanía**, mecanismos de participación y garantía de transparencia.
9. **Formación legalmente regulada** de profesionales sanitarios
10. **Investigación, innovación y conocimiento.** Fomento de investigación clínica, epidemiológica, social.

La Estrategia de Salud Mental del SNS 2022–2026 es un documento necesario, que marca un rumbo hacia un modelo más humano, inclusivo y comunitario, pero al no dotarse de los medios oportunos: inversión sostenida, estructuras, protocolos, indicadores claros, evaluaciones, responsabilidades, y personal suficiente corre el riesgo de quedar como una mera declaración de intenciones, papel mojado.

Un punto clave y crítico es la falta de indicadores evaluables y públicos que permitan hacer un seguimiento riguroso del impacto real de la Estrategia. La información publicada hasta la fecha es parcial y dispersa, lo que limita la transparencia y la posibilidad de rendición de cuentas. Asimismo, la desigual coordinación entre comunidades autónomas dificulta una respuesta equitativa a nivel nacional.

8.1.2. Plan de acción de salud mental 2025-2027

Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el marco de la Estrategia de Salud Mental 2022-2026, **busca reforzar la atención pública en salud mental con un presupuesto de 39 millones de euros**. Se diseñó con participación de comunidades autónomas, profesionales, asociaciones y personas con experiencia propia, pero cabe destacar que en su inicio fue rechazada por la SEPSM, Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, a la que se unieron 19 asociaciones de profesionales de la psiquiatría así como el Colegio general de Psicólogos de España,

llegando finalmente a un Plan del que la presidenta de la SEPSM, Marina Díaz Marsá, declaró "gracias a ello no tenemos un plan perfecto pero tenemos un plan mejor". (SEMP.S.ORG)

Se articula en 8 líneas clave:

1. Más profesionales e incorporación de figuras de apoyo con experiencia vivida.
2. **Atención comunitaria y alternativas a la institucionalización** (casas de crisis, hospitalización abierta, vida autónoma).
3. Derechos humanos y humanización: **reducir contenciones** y tratamientos coercitivos, protagonismo del paciente.
4. **Uso racional de psicofármacos**, con guías y campañas para evitar sobreprescripción.
5. **Protección de colectivos vulnerables** (migrantes, mayores, víctimas de violencia, exclusión social).
6. **Infancia, adolescencia y salud perinatal**: prevención temprana y servicios específicos.
7. **Mejorar datos y sistemas de información** para seguimiento y planificación.
8. **Salud mental y trabajo**: prevenir riesgos psicosociales y favorecer empleo digno.

Los retos principales son: reducir la excesiva medicalización, aumentar personal especializado, garantizar derechos humanos y combatir el estigma.

8.2. Desviaciones e incumplimientos de los estándares sanitarios

En España y en Galicia el cumplimiento de estos estándares es parcial. Por un lado, existen avances, como la aprobación de planes nacionales de salud mental, la implementación de la línea de atención telefónica 024 para la prevención del suicidio, y la financiación específica para comunidades autónomas, pero aún existen problemas significativos:

1. Déficit de recursos humanos y materiales.

Uno de los principales déficits estructurales es la escasez de profesionales especializados. Según datos del Ministerio de Sanidad, España cuenta con alrededor de 6 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes, una cifra muy inferior a la media europea (18 por cada 100.000). Esto se traduce en listas de espera de más de seis meses para acceder a terapia psicológica en el sistema público. En el rural, puede superar el año. Muchas unidades de salud mental carecen de recursos básicos para ofrecer intervenciones psicosociales o trabajo comunitario, limitándose a tratamientos farmacológicos como única vía terapéutica.

2. Desigualdades territoriales

El carácter descentralizado del SNS ha dado lugar a graves desigualdades en la atención en salud mental entre comunidades autónomas. Mientras algunas regiones han avanzado hacia modelos de atención comunitaria (como el País Vasco o Navarra), otras aún mantienen una alta dependencia del modelo hospitalario y de ingresos forzados, vulnerando los principios de la Estrategia Nacional.

3. Persistencia de prácticas coercitivas

A pesar de las recomendaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, en España siguen utilizándose contenciones físicas y farmacológicas de forma habitual, muchas veces sin el debido control judicial ni consentimiento informado. Estas prácticas, sin ese control exhaustivo y la debida fiscalización, por medio de protocolos bien definidos, se acaban convirtiendo en sustitutas de auténticas terapias, corriendo el peligro de poder desarrollar una forma de violencia institucional y una grave violación de derechos humanos.

4. Falta de participación de los usuarios

Los estándares actuales promueven la participación activa de las personas usuarias en su proceso terapéutico y en las políticas públicas. Sin embargo, la participación sigue siendo simbólica o limitada, sin mecanismos efectivos para incorporar sus voces en la toma de decisiones ni en la supervisión de servicios. Esta carencia debilita el enfoque de "recuperación" defendido en los marcos normativos actuales.

En Galicia, los déficits no pueden calificarse como desviaciones puntuales, 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 reiteración de estas carencias evidencia un incumplimiento sistemático de los estándares sanitarios previstos. 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. Así lo apuntan tanto la OCU como el Defensor del Pueblo, en su último informe anual.

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.

8.3. Corrección de los estándares sanitarios

Escasas correcciones se pueden llevar a cabo cuando no llegamos a saber el verdadero alcance de incumplimiento o desviación, dado que hay una falta de transparencia y de rendición de cuentas escandalosa, que quizás no obedezca a un simple fallo administrativo, sino a una intención deliberada de obstaculizar el acceso de información relevante a la ciudadanía, así como su derecho a fiscalizar y participar en las políticas públicas relacionadas con la salud mental.

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.

Esta ausencia tiene consecuencias graves: falta de datos necesarios y fiables, limitaciones en la planificación sanitaria e imposibilidad de evaluar el impacto de políticas públicas.

Desde un punto de vista jurídico, la omisión contradice los principios de planificación y equidad establecidos en la Ley de Salud de Galicia y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que exigen decisiones basadas en datos sólidos.

En conclusión, la inclusión de la salud mental en el SVEC-G no es solo recomendable, sino necesaria para garantizar una política sanitaria eficaz y ajustada a la realidad 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.

Esta coexistencia de patologías afecta la calidad de vida y también al pronóstico de la enfermedad principal. El dolor crónico, así como el propio tratamiento de la enfermedad, es un factor que agrava la depresión y la ansiedad, y al mismo tiempo la salud mental también puede afectar la enfermedad física con una mala adherencia al tratamiento y un peor manejo de la enfermedad crónica, lo que resulta en un deterioro de la salud general y de la vida del paciente como conjunto.

La propia Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aborda la importancia de este tema, reconociendo el riesgo para la salud mental que se adhiere a las enfermedades crónicas en forma de ansiedad, estrés, frustración y adaptación de su vida u otros desafíos causados por una enfermedad crónica, lo cual es también reconocido por la propia Sociedad Española de Psiquiatría, así como por la OCDE, entre otros.

Estas evidencias avalan la importancia de abordar la salud mental como parte integral del tratamiento de las enfermedades crónicas, o como mínimo, su valoración.

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.

Un estudio epidemiológico es una investigación científica que analiza la frecuencia, distribución y determinantes de enfermedades o problemas de salud en poblaciones específicas para planificar intervenciones, prevenir y controlar problemas sanitarios, identificando factores de riesgo y efectividad de tratamientos.

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 COVID-19 ha incrementado estos problemas, impulsando proyectos como MindCovid y la labor del grupo de Epidemiología Psiquiátrica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).

La Encuesta de Salud de España (ESdE) 2023 (Ministerio de Sanidad/INE) muestra también que un porcentaje significativo de adultos refiere padecer ansiedad crónica y depresión (cifras que rondan el 6-7% de la población). La prevalencia es consistentemente más del doble en mujeres que en hombres tanto para la ansiedad crónica como para la depresión.

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**

A ello se suma el elevado consumo de hipnosedantes (con o sin receta), que en España ha aumentado significativamente a lo largo de los años, siendo una de las sustancias psicoactivas más consumidas después del alcohol y el tabaco. Se documenta que el consumo se triplicó entre 2005 y 2022, pasando del 3,7% al 9,7%. **(Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) / Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA))**

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.

La epidemiología en salud mental enfrenta en sí misma un problema. En el caso de otros procesos de salud y enfermedad, existen indicadores biológicos medibles en los que apoyarse para el diagnóstico (p.ej. marcadores biológicos en análisis sanguíneos o alteraciones anatómicas observables mediante técnicas de neuroimagen). En salud mental, sin embargo, el diagnóstico no se puede fundamentar en estos indicadores tangibles. Esto obliga a depender de manuales diagnósticos (como el DSM), que recogen diferentes categorías diagnósticas determinadas, revisadas y modificadas periódicamente por consenso. Estas categorías diagnósticas se establecen a partir de la descripción de la conducta de los pacientes, y son por tanto más susceptibles a la subjetividad del observador.

En cuanto a la investigación en salud mental, algunos estudios críticos señalan la dificultad de obtener resultados consistentes en investigaciones en psicología y psiquiatría, comprometiendo el rigor científico en estos ámbitos (crisis de replicación científica). Además, la frecuente observación en un mismo paciente de síntomas pertenecientes a diferentes categorías diagnósticas, e incluso la coexistencia de dos o más trastornos/enfermedades (comorbilidad) dificultan aislar una causa concreta para un padecimiento psíquico, dejando muchas veces estimaciones probables y no certezas científicas.

8.4. Discriminación en la aplicación de estándares sanitarios

El artículo 43 de la Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud, lo que exige que los estándares sanitarios se apliquen de forma igualitaria y cohesionada. Sin embargo, en la práctica existen diversas discriminaciones en el acceso a la atención derivadas de diferencias estructurales en el sistema.

Una de las más relevantes es la que afecta al personal adscrito a MUFACE, así como a ISFAS y MUJEJU, cuyo acceso a la atención sanitaria depende de entidades aseguradoras privadas. Esto puede limitar sesiones de psicoterapia, derivaciones y continuidad asistencial respecto al Sistema Nacional de Salud, configurando una discriminación indirecta en función del régimen de aseguramiento, contraria a los principios de igualdad (art. 14 CE) y cohesión sanitaria (Ley 16/2003 del 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud de España).

A ello se suman otras discriminaciones:

- **Territorial**: diferencias entre comunidades autónomas en recursos, tiempos de espera, y servicios disponibles. Y también diferencias entre entornos rurales y urbanos, siendo en los primeros habitualmente el acceso a los recursos sanitarios mucho más complejo y deficiente.
- **Lingüística**: barreras cuando no se garantiza atención en lengua cooficial, afectando la eficacia terapéutica.
- **Socioeconómica**: desigual acceso a tratamientos psicológicos no financiados suficientemente por la sanidad pública.
- **Por edad o discapacidad**: insuficiente atención específica pese a la protección reforzada del art. 49 CE.

Estas desigualdades demuestran la necesidad de estándares sanitarios unificados, vinculantes y evaluables para garantizar que el derecho a la salud, incluida la mental, sea real y no dependa del territorio, la lengua, el estatus administrativo o la capacidad económica.

8.5. Conclusiones

1. 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.

2. 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.

3. Estudios epidemiológicos

Los estudios epidemiológicos en el ámbito de la salud mental son escasos, pero necesarios.

4. 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.

5. 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.

* Autoría y créditos

Jessica Lavandeira

Abogada ICACOR y Gestor Administrativo.

jessica@lavandeiralegal.com

* Normativa y documentación de interés

Normativa

- Constitución Española.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.
- Ley 1/2013, General de derechos de las personas con discapacidad.
- Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente.
- Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia.
- Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.
- Ley 16/2003 del 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud de España

Bibliografía de apoyo

Estrategias, Planes y Políticas Públicas:

- Ministerio de Sanidad (2021): Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026.
- Ministerio de Sanidad (2024): Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027.
- Ministerio de Sanidad: Plan Nacional de Prevención del Suicidio.
- Servizo Galego de Saúde (SERGAS): Plan de Saúde Mental de Galicia post COVID-19.
- Gobierno de España: Estrategia de la Red de Protección y Atención a las Mutualidades (MUFACE, ISFAS, MUGEJU)

Organismos Internacionales:

- Organización Mundial de la Salud (OMS):
- Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030.
- Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).
- Directrices mundiales sobre la salud mental en el trabajo.
- Informe sobre la Salud Mental en el Mundo 2022.
- Naciones Unidas (ONU): Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Recomendaciones sobre la eliminación de prácticas coercitivas).
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico): Informes de indicadores de salud y ratios de profesionales.

Informes Técnicos, Encuestas y Estadísticas

- Instituto Nacional de Estadística (INE) / Ministerio de Sanidad:
- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).
- Encuesta Europea de Salud Mental (ESEMeD).
- Encuesta de Salud de España (ESdE) 2023.
- Ministerio de Sanidad: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) / Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA): Datos sobre consumo de hipnosedantes y psicofármacos (2005-2022).
- Valedora do Pobo (Galicia): Informe Anual 2022.
- Consello de Contas de Galicia: Informes de fiscalización del sistema sanitario y listas de espera.
- Defensor del Pueblo (España): Informe Anual (sección salud mental y ratios de profesionales).
- UNICEF España (2024): Barómetro de Opinión de la infancia y adolescencia 2023-2024.
- Barómetro de la Soledad no Deseada en Galicia (2024).
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS): Estudios sobre el consumo de psicofármacos en población pediátrica.

Sociedades Científicas y Otros

- Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM): Declaraciones y posicionamientos sobre el Plan de Acción de Salud Mental.
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE): Grupo de Epidemiología Psiquiátrica.
- OCU (Organización de Consumidores y Usuarios): Informes sobre tiempos de espera y acceso a la psicología clínica.
- Proyecto MindCovid: Estudios sobre el impacto de la pandemia en la salud mental en España.

CAPÍTULO 9

Financiación de la salud mental en los presupuestos autonómicos. Garantía de los derechos sociosanitarios reconocidos en las leyes

Sara Padín Domínguez

* Claves

CLAVE 1: La salud mental es un derecho sociosanitario reconocido legalmente que debe ser garantizado y financiado por los organismos públicos.

CLAVE 2: La financiación de la salud mental en Galicia depende del presupuesto autonómico, concretamente del gasto sanitario gestionado por el Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

CLAVE 3: Aunque existen leyes que garantizan la atención a la salud mental, su cumplimiento efectivo depende del presupuesto asignado y de los recursos disponibles.

CLAVE 4: La inversión pública en salud mental es baja en comparación con otras áreas del sistema sanitario, a pesar de su creciente importancia social.

CLAVE 5: Exigir una financiación suficiente y transparente es esencial para que el derecho a la salud mental sea real.

CLAVE 6: Las personas usuarias pueden reclamar sus derechos individual o colectivamente, mediante la vía administrativa o judicial.

9.1. Introducción

La salud mental es una dimensión esencial del bienestar individual y colectivo. Se trata de la posibilidad real de llevar una vida plena, con relaciones sociales saludables, capacidad de afrontar dificultades y ejercer derechos. En Galicia, este derecho está reconocido por distintas leyes, tanto estatales como autonómicas.

A pesar de lo anterior, la realidad demuestra que este reconocimiento legal no siempre se traduce en políticas públicas efectivas. Una de las claves para hacer realidad estos derechos es la financiación: sin recursos suficientes, los programas, servicios y profesionales que deberían garantizar la atención a la salud mental se vuelven insuficientes, fragmentarios o inaccesibles.

Este capítulo analiza cómo se garantiza la salud mental en Galicia desde el punto de vista presupuestario, y cómo este aspecto afecta a la aplicación práctica de los derechos sociosanitarios reconocidos por las leyes.

9.2. El marco legal: derechos sociosanitarios reconocidos

Tanto la normativa estatal como la gallega reconocen el *derecho a la protección de la salud pública*. En concreto, este derecho viene reconocido y amparado principalmente por:

- *La Constitución Española* (art. 43): garantiza el derecho fundamental a la protección de la salud de todas las personas.
- *Ley General de Sanidad* (1986): incluye la atención a la salud mental como parte del sistema nacional de salud.
- *Ley de salud de Galicia* (2008): reconoce el enfoque integral de la salud, incluyendo la salud mental, con especial atención a la prevención y atención comunitaria.
- *Ley de servicios sociales de Galicia* (2008): establece la coordinación entre servicios sanitarios y sociales.

Este conjunto de normas regula el funcionamiento y las competencias de los organismos públicos para garantizar y tutelar el derecho a la protección de la salud **a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios**.

En el ámbito concreto de la salud mental, se reconoce en la norma gallega la enfermedad mental como colectivo de especial atención. Además, se reconoce el derecho a una actuación y/o programas sanitarios específicos y preferentes dentro del Sistema Público de Salud de Galicia.

Sin embargo, para que este marco legal se convierta en realidad, es imprescindible una financiación suficiente y sostenida en el tiempo.

9.3. Financiación de la salud mental en Galicia

La financiación de la sanidad pública en Galicia proviene en su mayor parte de los *Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma*, siendo el SERGAS el organismo encargado de gestionar los recursos asignados al ámbito sanitario. Además de la dotación de los presupuestos autonómicos, también se recibe financiación de los presupuestos estatales, de los tributos recaudados por la Comunidad Autónoma, donaciones voluntarias o ingresos extraordinarios.

Los recursos recaudados se distribuyen entre:

- Hospitales psiquiátricos y unidades de salud mental.
- Centros de atención infantojuvenil.
- Recursos humanos (psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermería especializada, terapeutas ocupacionales...).
- Programas de prevención y atención comunitaria.

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**¹⁴. Para 2026, la Xunta incrementó esta partida hasta los **32,7 millones de euros**, prácticamente el doble que el año anterior¹⁵.

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**. Esta comparación evidencia que, a pesar de los avances, la inversión sigue siendo insuficiente en términos estructurales. Además, todavía hay mucha falta de transparencia en la desagregación del gasto específicamente destinado a salud mental.

¹⁴ Xunta de Galicia (2025). *Orzamentos Xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2025*. Disponible en: <https://orzamentos.xunta.gal/web/orzamentos2025>

¹⁵ [Xunta de Galicia. \(2025\). Presentación Orzamentos Parlamento 2026.](#)

Como consecuencia, la atención a la salud mental presenta los siguientes déficits en su financiación:

- Baja ejecución del presupuesto asignado.
- Falta de transparencia en el desglose del gasto.
- No contratación de profesionales comprometidos en planes anteriores.
- Incumplimiento de las recomendaciones internacionales.

9.3.1. La obligación presupuestaria de la Administración Autonómica

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.

Cuando no se cumple esta obligación, nos encontramos una situación que puede vulnerar derechos, porque la falta de presupuesto provoca efectos reales como:

- Listas de espera excesivas.
- Falta de profesionales.
- Reducción o desaparición de programas.
- Desigualdades entre personas o territorios.

En estos casos, la ciudadanía tiene derecho a denunciar la vulneración de sus derechos debido a una evidente escasez de recursos por una ejecución incorrecta de los presupuestos, ya que la insuficiencia presupuestaria no excusa el incumplimiento de derechos legalmente garantizados.

Este tipo de denuncias son una forma de visibilizar las carencias del sistema público de salud y exigir mejoras para toda la sociedad. Las denuncias y quejas, además de reparar un daño individual, también sirven como instrumento para obligar a la Administración a justificar cómo distribuye sus recursos, impulsar reformas y aumentos presupuestarios y evitar que la infrafinanciación se normalice.

9.3.2. Consecuencias prácticas: desigualdades y falta de cobertura

De acuerdo con la *Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia*, la financiación de la sanidad pública debe atender a **critérios de autonomía, equidad, racionalidad, sostenibilidad, solidaridad y suficiencia**.

Cuando la inversión en salud mental es insuficiente se perjudican los derechos de las personas a recibir una atención adecuada. La principal consecuencia de la escasez de presupuesto son las listas de espera prolongadas, tanto para atención en salud mental

adulto como infante-juvenil. Esto provoca que las personas con enfermedades mentales graves no puedan tener acceso a recursos y programas adecuados.

Por otro lado, se trasladan a la atención primaria los problemas de salud mental leves y moderados, a pesar de que no posee las herramientas necesarias para abordarlos, y se termina recurriendo en exceso a la medicalización o a recursos privados.

Esto genera desigualdades y supone una clara vulneración de los derechos garantizados en las leyes.

9.4. Vías de reclamación

El derecho a la salud mental es una **obligación legal** que la Administración Pública debe garantizar a las personas, por lo que **puede y debe exigirse su cumplimiento**. Para ello, existen diferentes vías:

1. **Derecho a la información pública.** Cualquier ciudadano/a puede solicitar datos desglosados del presupuesto sanitario a través del portal de transparencia de la Xunta de Galicia. Este recurso es especialmente útil para recabar información antes de interponer cualquier queja formal o denuncia, tanto para particulares como para colectivos.
2. **Reclamaciones y quejas ante el SERGAS** por la persona afectada. Cualquier persona perjudicada por una deficiencia en la atención recibida por parte del SERGAS tiene derecho a formular una reclamación. Existen formularios a disposición de la ciudadanía que se pueden solicitar en atención al paciente, presencial o telemáticamente.
3. **Sugerencia o reclamación a la Valedora do Pobo.** Cualquier persona con un interés legítimo podrá dirigir un escrito a la oficina de la Valedora do Pobo para que inicie una investigación sobre una actuación inadecuada por parte de la administración sanitaria.
4. **Participación ciudadana y denuncia.** Las asociaciones de usuarios/as, familiares y profesionales tienen un papel clave en visibilizar carencias y en exigir el cumplimiento de los derechos vulnerados, además de proponer posibles mejoras del sistema a través de su participación en órganos de consulta.
5. **Vía judicial.** En casos extremos, cuando el incumplimiento de derechos sea reiterado o no se haya visto satisfecho por las vías anteriores, también se podrá reclamar cualquiera de los reconocidos en la normativa estatal y/o autonómica que haya resultado vulnerado ante los tribunales. En relación a **la insuficiencia presupuestaria, esta también podría alegarse en aquellos casos en los que genera un incumplimiento efectivo de los derechos de salud mental reconocidos por la ley, vulnerando el derecho a la salud y la obligación de la Administración de garantizar los servicios de la cartera básica.** No obstante, para poder acudir a la vía judicial será necesario contar con la asistencia legal de un profesional.

9.5. Conclusiones

La salud mental es un derecho legalmente reconocido, pero su cumplimiento efectivo requiere una financiación adecuada y estable. **En Galicia, el presupuesto destinado a salud mental es limitado, poco transparente e inferior a lo recomendado** según los estándares internacionales, **lo que repercute negativamente en la calidad, accesibilidad y equidad de los servicios.**

Aunque las leyes autonómicas y estatales obligan a una atención integral y coordinada, la realidad es que muchas personas no reciben los cuidados que necesitan. Para revertir esta situación **se requiere voluntad política, mayor inversión y sobre todo un enfoque centrado en las personas.**

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.

* Autoría y créditos

Sara Padín Domínguez

Abogada Colegiada número 6672 del Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña.

* Normativa y documentación de interés:

Bibliografía legal fundamental

Textos legales, leyes, órdenes, decretos...

- **Constitución Española** (1978). *Artículo 43*. BOE n.º 311, de 29 de diciembre de 1978.
- **Ley 14/1986**, de 25 de abril, *General de Sanidad*. BOE n.º 102, de 29 de abril de 1986.
- **Ley 8/2008**, de 10 de julio, *de salud de Galicia*. DOG n.º 141, de 22 de julio de 2008.
- **Ley 13/2008**, de 3 de diciembre, *de servicios sociales de Galicia*. DOG n.º 243, de 16 de diciembre de 2008.
- **Ley 19/2013**, de 9 de diciembre, *de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno*. BOE n.º 295, de 10 de diciembre de 2013.
- **Ley 4/2024**, de 27 de diciembre, *de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2025*. DOG n.º 251, de 31 de diciembre de 2024.

Bibliografía de apoyo

Artículos, manuales, otras guías...

- **Servicio Galego de Saúde (SERGAS)**. *Memorias de Xestión e Plans de Saúde Mental*. Xunta de Galicia. Disponible en: <https://www.sergas.gal>
- **Organización Mundial de la Salud (OMS)** (2021). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030 (actualización 2021)*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- **Cadena SER Galicia** (17 de octubre de 2024). *La Xunta manejará un presupuesto de 13.954 millones de euros*. Recuperado de: <https://cadenaser.com/galicia/2025/05/06/las-listas-de-espera-para-salud-mental-se-enquistan-en-lugo-y-ourense-faltan-profesionais-de-forma-dramatica-radio-galicia>
- **Organización Mundial de la Salud (OMS)** (2021). *Mental Health Atlas 2020*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- **Xunta de Galicia (2025)**. **Orzamentos Xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2025**. Disponible en: <https://orzamentos.xunta.gal/web/orzamentos2025>
- **Xunta de Galicia – Consellería de Política Social e Igualdade** (2024). Nota de prensa: Política Social e Igualdade contará en 2025 cun orzamento histórico de 1.323 millóns de euros, un 10 % máis que este ano. Recuperado de: <https://www.xunta.gal/notas-de-prensa/-/nova/006651/politica-social-igualdade-contara-2025-cun-orzamento-historico-1-323-millions>
- Xunta de Galicia. (28 de octubre de 2025). Las cuentas de 2026 consolidan la apuesta por el refuerzo de personal en la sanidad pública, con 2 460 M€ presupuestados y la creación de 1 244 plazas [Nota de prensa]. Xunta de Galicia. Recuperado de: <https://www.xunta.gal/notas-de-prensa/-/nova/018134/contas-2026-consolidan-aposta-polo-reforzamento-personal-sanidade-publica-con-2-460>
- Xunta de Galicia. (2025). *Presentación Orzamentos Parlamento 2026*. <https://orzamentos.xunta.gal/documents/21063345/21064958/Presentacion-Orzamentos-Parlamento-2026.pdf/e21a6581-5ccf-497a-9281-ddc8a69831b4>

CAPÍTULO 10

Perspectiva de género en el abordaje y tratamiento de las enfermedades mentales

Claudia Zulema Robles Gómez

* Claves

CLAVE 1: Las desigualdades de género y la violencia estructural impactan directamente en la salud mental de las mujeres, generando diferencias en el diagnóstico, su tratamiento y el acceso a recursos.

CLAVE 2: Los sesgos clínicos provocan sobre medicalización en mujeres e infra diagnóstico en hombres, lo que exige protocolos sanitarios con enfoque de género.

CLAVE 3: La violencia de género genera trauma psíquico que requiere una atención coordinada entre juzgados, salud y servicios sociales, aún insuficiente.

CLAVE 4: La salud mental vinculada al embarazo, parto, puerperio, pérdidas y reproducción asistida está invisibilizada y carece de apoyo especializado adecuado.

CLAVE 5: La Ley 8/2021 consagra el derecho a ejercer la capacidad para decidir con apoyo, sin ser sustituidas, lo que transforma la práctica del internamiento y obliga a modelos basados en derechos humanos.

CLAVE 6: La sobrecarga de cuidados recae en las mujeres, deteriora su salud mental y carece de reconocimiento jurídico o medidas compensatorias eficaces.

CLAVE 7: Sin indicadores de género, datos desagregados, evaluación pública y presupuesto específico, Galicia no puede garantizar igualdad real en salud mental.

10.1. Introducción

La OMS y la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026 reconocen que los determinantes sociales, la pobreza y la violencia estructural inciden de manera diferenciada sobre mujeres y hombres. Las desigualdades de género atraviesan todas las fases del proceso de salud-enfermedad-atención y, en el caso de las mujeres, la sobrecarga de cuidados y la violencia de género son factores de riesgo jurídico-sanitario invisibilizados.

Además de derivar de una obligación jurídica en el marco de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el marco jurídico existente en España y en Galicia (artículos 9.2, 14 y 43 de la Constitución Española; Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres; Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia; Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica) impone a los poderes públicos la obligación de integrar la perspectiva de género en todas las políticas de salud. No obstante, tanto la legislación española como la gallega sobre salud mental no han desarrollado aún una normativa específica que incorpore de forma obligatoria el análisis de género en la planificación sanitaria. A pesar del mandato de igualdad formal, sin inversión ni indicadores con enfoque de género, se perpetúa la discriminación institucional.

10.2. Diferencias en el abordaje y tratamiento entre hombres y mujeres

10.2.1. Medicación y diagnóstico

En cuanto al diagnóstico y medicación, las mujeres reciben con mayor frecuencia diagnósticos relacionados con trastornos afectivos o de ansiedad en conjunto con una prescripción más frecuente de ansiolíticos y antidepresivos. En contraposición, los hombres, presentan infradiagnósticos y menor acceso a tratamiento psicoterapéutico, lo que podría explicar su sobrerrepresentación en las cifras de suicidio. Por ello, ante la presencia de sesgos clínicos que reproducen estereotipos y vulneran el principio de igualdad, se presenta como imperiosa la necesidad de contar con protocolos con enfoque de género.

10.2.2. Violencia de género

Existe una correlación directa entre la violencia de género y el trauma psíquico que afecta la salud mental, donde los daños mentales ocasionados requieren un tratamiento que integre lo jurídico con lo sanitario. La falta de coordinación entre juzgados, servicios de salud y recursos sociales para garantizar la atención psicológica continuada, gratuita y a largo plazo a las víctimas es un tema pendiente.

10.2.3. Embarazo, parto, puerperio y salud perinatal

Los trastornos mentales vinculados al embarazo y al puerperio no están suficientemente contemplados en los protocolos públicos. La presencia de roles de género contamina y confunde la atención especializada por parte del personal sanitario, bajo la idea de que el parto es la culminación exitosa del embarazo y no un momento disruptivo en la vida de las mujeres que no termina con el parto físico, sino que proyecta sus efectos en la salud mental con implicaciones que pueden llevar hasta un desequilibrio temporal en la depresión postparto, hasta detonar padecimientos de salud mental para los que se tenía una carga hereditaria. Se identifica también un vacío de opciones para mujeres que enfrentan pérdidas gestacionales o están involucradas en tratamientos de reproducción asistida. Ante este sesgo o falta de opciones, las mujeres gestionan sus crisis emocionales en redes sociales sin contención profesional, expuestas a situaciones de violencia digital.

10.2.4. Internamiento

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. Debemos asegurarnos de que las mujeres con discapacidad puedan tomar sus propias decisiones, con toda la información que necesiten. La ley prohíbe que otras personas decidan por ellas de forma paternalista. Lo que se necesita es ofrecerles ayuda y herramientas para que ejerzan sus derechos por sí mismas, sin tener que pasar por un juicio o un proceso judicial complicado. Esto es un cambio de paradigma que tiene sustento en la Ley 8/2021, de 2 de junio, que se armoniza con el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, para reconocer y respetar su capacidad jurídica sin sustituirlas, sino brindándoles apoyo.

10.2.5. Rol de cuidado

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. Tanto la feminización de la pobreza como la precariedad laboral y el aislamiento social contribuyen a mermar la salud mental de las mujeres que actúan en roles de cuidado, afectándolas en su persona y en el propio cuidado que brindan. Proponemos orientar la atención bajo la máxima de "*cuidar a quien cuida*".

10.2.6. Políticas públicas y rendición de cuentas

Recomendamos indicadores de género sobre salud mental en el *Sistema de Vigilancia de Enfermedades Crónicas de Galicia (SVEC-G)*, actualmente sin registro, dado que los planes de salud mental autonómicos no contemplan objetivos evaluables de igualdad ni datos desagregados por sexo. Esta necesidad ha sido identificada en estudios y observatorios fragmentados, pero no como parte de una política pública sistematizada. Es necesario publicar datos desagregados por sexo respecto a diagnósticos, tratamientos e internamientos relacionados con la salud mental.

10.3. Conclusiones

1. 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.
2. La igualdad real en el ámbito de la salud mental precisa tomar nota de la perspectiva de género como determinante jurídico y sanitario. La ausencia de este enfoque provoca tratamientos inadecuados, no oportunos en tiempo y contenido, sobrecarga de cuidados y desprotección institucional.
3. Incorporar la perspectiva de género es una obligación jurídica de fuente internacional y constitucional.
4. Galicia precisa una Ley de Salud Mental que se oriente con este enfoque, con presupuesto propio, mecanismos e indicadores de cumplimiento y evaluación que además incluya la participación de las mujeres usuarias y/o en rol de cuidadoras en la formulación, control y corrección de las políticas públicas en materia de salud mental.

* Autoría y créditos

Claudia Zulema Robles Gómez

Investigadora/Contratada Predoctoral FPI (MCIN/AEI),

Facultad de Derecho, Universidad de Vigo.

claudiazulema.robles@uvigo.gal

* Normativa y documentación de interés

Bibliografía legal

- Constitución Española, arts. 9.2, 14 y 43. (1978). *Boletín Oficial del Estado*, n.º 311, de 29 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (2007). *Boletín Oficial del Estado*, n.º 71, de 23 de marzo de 2007. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. (2008). *Diario Oficial de Galicia*, n.º 141, de 22 de julio de 2008. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-14134>
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. (2021). *Boletín Oficial del Estado*, n.º 132, de 3 de junio de 2021. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.9.pdf

Fuentes consultadas:

- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Gaceta Sanitaria*, 34(Supl. 1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Boulahri Bouzroudah, Z. (2025). Consecuencias de la violencia de género en la salud mental de las mujeres: análisis a través de una revisión sistemática. Universitat Oberta de Catalunya (UOC). <https://hdl.handle.net/10609/152306>
- Confederación Salud Mental España. (s. f.). Salud mental en la Agenda 2030: igualdad de género. Recuperado el 4 de noviembre de 2025, de <https://saludmentalods.org/igualdad-de-genero/>
- Díaz Marsá, M. (2022). El bienestar emocional de ellas. *Nueva Revista de Política, Cultura y Arte*, (183), 63–69.
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Gender and Mental Health: Policy Brief*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3702-43461-61058>
- Robles Gómez, C. Z. (2024). *Implementación de la Inteligencia Artificial en la Salud Mental de las Mujeres: Revisión de Alcance* [Tesis de maestría, Universidad Internacional de Valencia]. Repositorio Institucional de la Universidad Internacional de Valencia.
- Salud Mental en la Agenda 2030, <https://saludmentalods.org/igualdad-de-genero/>

CAPÍTULO 11

Patología dual: adicciones y otros trastornos mentales y su integración en el SERGAS

Francisco Otero Lamas

*Claves

CLAVE 1: Los trastornos debidos al uso de sustancias o a comportamientos adictivos son una categoría de trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas o de comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda de recompensa y refuerzo.

CLAVE 2: Los trastornos debidos al uso de sustancias o a comportamientos adictivos 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.

CLAVE 3: 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.

CLAVE 4: 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.

CLAVE 5: El diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas, alcoholismo y ludopatías están incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la atención especializada a la salud mental.

CLAVE 6: La asistencia especializada a los trastornos adictivos en Galicia se ha configurado históricamente mediante dispositivos sanitarios gestionados por ayuntamientos y asociaciones, conformando una red paralela al sistema general de salud.

CLAVE 7: La integración de las históricas unidades asistenciales de drogodependencias de titularidad municipal en el Servicio Gallego de Salud se produce en 2026.

11.1. Prevalencia de los trastornos mentales

Según la *Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2022)*, los trastornos debidos al uso de sustancias o a comportamientos adictivos son una categoría de trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas, incluidos medicamentos, o de comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda de recompensa y de refuerzo.

Los trastornos debidos al uso de sustancias incluyen trastornos que resultan de una sola ocasión o del uso repetido de sustancias. Se caracterizan por síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos indicativos de que la persona mantiene la conducta de consumo a pesar de los problemas significativos que le produce y se relacionan con cambios subyacentes en los circuitos cerebrales, especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos de estos cambios cerebrales, que persisten tras la desintoxicación, se manifiestan en un control deficitario de la conducta, deterioro social, consumo de riesgo y fenómenos farmacológicos (tolerancia y abstinencia) que condicionan recaídas repetidas y deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la sustancia.

Los trastornos debidos a comportamientos adictivos son síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con malestar o interferencia con las funciones personales que se desarrollan como resultado de comportamientos repetitivos en búsqueda de alguna recompensa que no implican el uso de sustancias que producen dependencia. Los trastornos debidos a comportamientos adictivos incluyen el trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos, lo que puede implicar comportamientos tanto en línea como fuera de línea.

Según el estudio de Prevalencia de los trastornos mentales en Galicia (Consellería de Sanidade, 2017), la prevalencia vida para cualquier trastorno mental es del 21,6%, siendo la categoría de "cualquier trastorno de uso de sustancias" la más prevalente (10,5%), por delante de "cualquier trastorno de estado de ánimo" (9,9%) y "cualquier trastorno de ansiedad" (5,5%). **La elevada prevalencia vida de los trastornos por uso de sustancias es aún mayor en el grupo de edad de 18 a 35 años (18,0%)** y para el conjunto de toda la población en el caso de los hombres (17,2%). Desde el punto de vista del impacto sobre la salud y de la problemática sociosanitaria asociada, tiene especial importancia el hecho de que 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 (Wittchen, 2011) y que los costes económicos de las enfermedades mentales pueden superar el 4% del PIB en varios países europeos (OCDE/UE, 2018).

11.2. Patología dual

Por otra parte, **la asociación entre trastornos debidos al uso de sustancias y otros trastornos mentales es muy frecuente** ([Szerman, 2022](#)). Se considera que el 40-60% de las personas que tienen algún trastorno mental padecerán también algún trastorno adictivo y que más del 75% de las personas con trastornos adictivos sufrirán otro trastorno mental, en algún momento de sus vidas. **Este fenómeno clínico es el que se conoce como patología dual o trastornos duales** y representan uno de los retos asistenciales más complejos en el ámbito de la salud mental.

Las personas con patología dual tienden a ser infradiagnosticadas e infratratadas, a la vez que experimentan una alta carga de morbilidad y mortalidad, incluyendo muerte prematura relacionada con las drogas y aumento del riesgo de suicidio. También se ha demostrado que las personas con patología dual tienen probabilidades más altas de acudir a servicios de urgencias, hospitalización y atención primaria que aquéllos con trastorno por consumo de sustancias o trastornos mentales no relacionados con sustancias no concurrentes ([Hakobyan, 2020](#)).

La evidencia científica ha demostrado que los trastornos adictivos y otros trastornos mentales comparten vías neurológicas, factores de riesgo genéticos superpuestos y factores de riesgo ambientales comunes ([NIDA, 2020](#)), conformando una realidad clínica de manejo y pronóstico complejos que requiere de un abordaje específico ([Hakobyan, 2020](#)).

La mitad de todos los casos de trastornos mentales inician su desarrollo antes de los 14 años, aunque la mayoría no se detectan ni se tratan hasta más tarde en la vida ([Patel, 2007](#); [WHO, 2014](#); [Erskine, 2015](#)), y los trastornos por uso de sustancias son frecuentes en niños/as y jóvenes con trastornos mentales quienes, a su vez, inician el uso de sustancias antes y tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos por uso problemático o dependencia de sustancias ([Armstrong, 2002](#); [Harford, 2015](#)). Las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos en jóvenes tratados por trastornos por uso de sustancias son consistentemente altas en todos los estudios, con una comorbilidad psiquiátrica total que varía del 61% al 88% ([Couwenbergh, 2006](#)). Además, **los trastornos mentales y por uso de sustancias son las principales causas de discapacidad relacionada con la salud en niños/as y jóvenes** ([Gore, 2011](#); [Sawyer, 2012](#); [WHO, 2014](#); [Erskine, 2015](#)) quien, entre 0 y 24 años, constituyen nada menos que el 40,6 % de la población mundial ([UN, 2024](#)). Se sabe que el conjunto de trastornos mentales y por consumo de sustancias contribuye de forma muy importante a la carga mundial de muerte y que su protagonismo va en aumento, especialmente en los países en desarrollo ([Whiteford, 2013](#)). Según datos del estudio sobre la carga mundial de enfermedades de 2010, suponían casi el 23% del total en el indicador global de *años vividos con discapacidad* y cerca del 30% cuando nos referimos específicamente al grupo de enfermedades no transmisibles ([Wittchen, 2011](#); [Whiteford, 2013](#)).

11.3. Marco normativo. Integración en el SERGAS

En el ámbito normativo, en nuestro medio, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por lo que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), en su anexo III, relativo a la cartera de servicios comunes de atención especializada, en el apartado 7 sobre atención a la salud mental, encuadra explícitamente el ámbito de diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluyendo alcoholismo y ludopatía.

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de España para el periodo 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022) contempla, entre sus objetivos generales, la prevención de la aparición de problemas de salud mental, trastornos por uso de sustancias y adicciones. Además, en su línea estratégica relativa a la salud mental de infancia y adolescencia incluye el diseño de actuaciones específicas para sensibilizar y prevenir sobre el abuso de las TIC en la infancia y adolescencia y las conductas adictivas sin sustancias y la atención a los problemas de salud mental derivados del uso, abuso y conductas adictivas por la utilización de las TIC. Con todo, a pesar de la relevancia epidemiológica, el impacto sociosanitario y la complejidad clínica de los trastornos debidos al uso de sustancias y la patología dual, la Estrategia no contempla actuaciones específicas para este ámbito en materia asistencial.

El Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 (Ministerio Sanidad, 2022) contiene diversas acciones dirigidas a promover la prevención de conductas adictivas con y sin sustancia, mediante la participación de Comunidades Autónomas, Corporaciones locales y ONG para el desarrollo de programas preventivos basados en la evidencia.

El Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (Ministerio Sanidad, 2025) mejora la visibilidad de las adicciones al referirse a la Estrategia como "un elemento de referencia para la mejora de la salud mental y adicciones en el SNS" y mediante la propuesta de acciones dirigidas a la aplicación de programas de prevención de adicciones de eficacia demostrada, tanto de tipo universal como selectiva e indicada, y la integración orgánica y/o funcional de la red de adicciones y los servicios de salud mental.

En Galicia, el Artículo 13 de la Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia (Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, 1994) especifica que "el establecimiento de unidades específicas no implicará, en ningún caso, la creación de redes paralelas con centros independientes o recursos especiales que desarrollen su actividad al margen de los programas generales de salud mental y de asistencia psiquiátrica". Con todo, la **Red Asistencial de Trastornos Adictivos de Galicia se configuró, desde su inicio, mediante diversos dispositivos asistenciales gestionados por ayuntamientos y asociaciones** que, aún vinculados mediante la Orden del 12 de marzo de 2007 por la que se regula la integración funcional de los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas en el Servicio Gallego de Salud (Consellería de Sanidade, 2007), **constituyeron una auténtica red paralela al sistema general de salud que ha contribuido a mantener la segregación histórica en el acceso normalizado a la atención sanitaria del conjunto de personas con trastornos debidos al**

uso de sustancias y patología dual, perpetuando la discriminación y el estigma de este colectivo.

Este modelo, anacrónico y ajeno a la evidencia científica, se ha mantenido inamovible hasta la actualidad a pesar de que o Plan Estratégico para la Salud Mental de Galicia 2006-2011 (Xunta de Galicia, 2007) incluyó el área de drogodependencias dentro del desarrollo organizativo de los servicios de salud mental y el Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009 (Xunta de Galicia, 2008) contempló la integración de la red asistencial de drogodependencias de Galicia, como unidades especializadas en el tratamiento de conductas adictivas, en la red de salud mental del Servicio Gallego de Salud y se propuso iniciar la integración administrativa de los centros con dependencia municipal en el año 2009 y la creación transitoria de un consorcio sanitario de drogodependencias para los centros dependientes de ONG. Pero en la década siguiente no se produjeron avances en materia de integración.

En el Plan de Salud Mental de Galicia para el periodo 2020-2024 (Servizo Galego de Saúde, 2020) apenas se consideró la atención de las adicciones ya que de los 98 proyectos distribuidos en 5 ejes estratégicos, tan sólo 3 abordaron específicamente esta materia: implantar un programa en el ámbito educativo de promoción de salud mental en el aula, promover programas de deshabituación tabáquica en los dispositivos de salud mental e implantar, en el ámbito de atención primaria, un programa de detección precoz y consejo breve en adicciones. Por su parte, la Estratexia da Saúde Galicia 2030 (Consellería de Sanidade, 2023), a pesar de asumir que *el 12,5 % de todos los problemas de salud se corresponde con trastornos mentales, superando al cáncer y a los problemas cardiovasculares*, tampoco plantea objetivos concretos más allá de una referencia genérica a la implementación del Plan de Salud Mental de Galicia 2020-2024.

Más recientemente, la Consellería de Sanidade decidió retomar el proceso de integración de los recursos asistenciales dependientes de las administraciones locales y, en diciembre de 2022, constituyó una Comisión Mixta que desarrolló su trabajo durante los años siguientes y concluyó con la adopción de un acuerdo de traspaso al Servicio Gallego de Salud de los dispositivos asistenciales de los ayuntamientos de Burela, Cangas, Carballo, Monforte de Lemos, Noia, O Grove, Ourense, Pontevedra, Porriño, Ribeira, Santiago de Compostela, Vigo y Vilagarcía de Arousa, efectivo en 2026. Este acuerdo no afecta a otros recursos dependientes de ONG, ubicados en A Coruña, Ferrol, Lugo, Ourense y Vigo, que continúan desarrollando su actividad mediante la fórmula previa de convenios anuales.

11.4. Mapa de los recursos en Galicia sobre trastornos adictivos

Hasta la fecha de elaboración de este documento, el acceso a las prestaciones asistenciales en materia de adicciones y patología dual en Galicia se organiza por derivación desde otros recursos sanitarios de atención primaria y especializada o a solicitud directa del interesado en los propios dispositivos asistenciales, siguiendo las directrices del *catálogo de programas asistenciales* (*Consellería de Sanidade, 2003*) y del *circuito de asistencia sanitaria a los trastornos adictivos en Galicia* (*Sergas, 2011*).

En la página web del Sergas se puede acceder al mapa de los recursos disponibles en Galicia sobre trastornos adictivos:

https://www.sergas.gal/Asistencia-sanitaria/Documents/1465/20260112_Recursos_trastornos_adictivos_GAL.pdf

11.5. Conclusiones

1. Aunque existen razones históricas que explican el desarrollo de una red paralela para la atención de las adicciones, especialmente a sustancias ilegales, es difícil poder justificar el prolongado retraso de su integración plena en el sistema nacional de salud.
2. Con todo, debe reconocerse que a lo largo de los últimos 40 años esta red asistencial ha conseguido dotarse de algunas fortalezas propias que no deberían perderse, tales como:
 - El modelo de atención integral de carácter biopsicosocial y enfoque comunitario
 - El grado de especialización de la atención prestada
 - La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios y no sanitarios
 - Y su flexibilidad y adaptabilidad a la realidad cambiante de los patrones de consumo y perfiles de las personas usuarias, entre otras.
3. Uno de los principales retos de la integración será mantener estas fortalezas a la vez que se normalizan los diversos procesos asistenciales y se mejora la equidad en el acceso a las prestaciones asistenciales que requieren las personas con patología dual.

* Autoría y créditos

Francisco Otero Lamas

Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas. Área Sanitaria de Vigo

francisco.abel.otero.lamas@sergas.es

* Normativa y documentación de interés

Bibliografía:

- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(6), 1224–1239. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.6.1224>
- Consellería de Sanidade (2003). Catálogo de programas asistenciais. Plan de Galicia sobre Drogas, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1469/CATALOGO_PROGRAMAS_ASISTENCIAIS_GALEGO.pdf
- Consellería de Sanidade. (2007). ORDEN de 12 de marzo de 2007 por la que se regula la integración funcional de los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas en el Servicio Gallego de Salud. DOG Num 62, 28 de marzo de 2007. https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2007/20070328/AnuncioB2CA_es.pdf
- Consellería de Sanidade (2017). Prevalencia dos trastornos mentais en Galicia [Internet]. Servizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela. https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/13581/Prevalencia_trastornos_mentais.pdf?sequence=1&isAllowed=yñ
- Consellería de Sanidade (2023). Estratexia Galega de Saúde 2030. Servizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela. <https://ficheiros-web.xunta.gal/plans/estratexia-galega-saude-2030-cas.pdf>
- Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. (1994). Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia. DOG Núm 1, 2 de enero de 1995. https://www.xunta.gal/dog/Publicados/1995/19950102/AnuncioC166_es.pdf
- Couwenbergh, C., van den Brink, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., van Wijngaarden-Cremers, P., & van der Gaag, R. J. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. *European child & adolescent psychiatry*, 15(6), 319–328. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0535-6>
- Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological medicine*, 45(7), 1551–1563. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>
- Friguls, B., Joya, X., García-Serra, J., Gómez-Culebras, M., Pichini, S., Martínez, S., Vall, O., & García-Algar, O. (2012). Assessment of exposure to drugs of abuse during pregnancy by hair analysis in a Mediterranean island. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(8), 1471–1479. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03828.x>
- García-Algar, O., Vall Combelles, O., Puig Sola, C., Mur Sierra, A., Scaravelli, G., Pacifici, R., Monleón Getino, T., & Pichini, S. (2009). Exposición prenatal a drogas de abuso a través del análisis de meconio en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona [Prenatal

exposure to drugs of abuse using meconium analysis in a low socioeconomic population in Barcelona]. *Anales de pediatría* (Barcelona, Spain : 2003), 70(2), 151–158.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.08.008>

- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M., & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* (London, England), 377(9783), 2093–2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
- Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G., & Schutz, C. G. (2020). Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2406. <https://doi.org/10.3390/jcm9082406>
- Harford, T. C., Yi, H. Y., Chen, C. M., & Grant, B. F. (2015). Psychiatric Symptom Clusters as Risk Factors for Alcohol Use Disorders in Adolescence: A National Study. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 39(7), 1174–1185. <https://doi.org/10.1111/acer.12767>
- Lendoiro, E., González-Colmenero, E., Concheiro-Guisán, A., de Castro, A., Cruz, A., López-Rivadulla, M., & Concheiro, M. (2013). Maternal hair analysis for the detection of illicit drugs, medicines, and alcohol exposure during pregnancy. *Therapeutic drug monitoring*, 35(3), 296–304. <https://doi.org/10.1097/FTD.0b013e318288453f>
- Ministerio de Sanidad (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- Ministerio de Sanidad (2022) Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf
- Ministerio de Sanidad (2025) Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
- National Institutes on Drug Abuse (US). (2020). Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2025. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2025. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/ESTUDES_2025_Informe_nacional_df.pdf
- OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Organización Mundial de la Salud (2022). Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11). Ginebra. <https://icd.who.int/es>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* (London, England), 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)

- Pichini, S., Puig, C., Zuccaro, P., Marchei, E., Pellegrini, M., Murillo, J., Vall, O., Pacifici, R., & García-Algar, O. (2005). Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a Mediterranean city: preliminary results of the "Meconium Project". *Forensic science international*, 153(1), 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.04.013>
- Roca, A., Jarque, P., Gomila, I., Marchei, E., Tittarelli, R., Elorza, M. Á., Sanchis, P., & Barceló, B. (2020). Características clínicas y factores de riesgo asociados a la exposición prenatal a drogas de abuso [Clinical features and risk factors associated with prenatal exposure to drugs of abuse]. *Anales de pediatría*, S1695-4033(20)30285-X. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.08.003>
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* (London, England), 379(9826), 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Servizo Galego de Saúde (2011) O circuito de asistencia sanitaria aos trastornos adictivos en Galicia. Xunta de Galicia. http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1466/CIRCUITO_trastornos_GAL.pdf
- Servizo Galego de Saúde (2020). Plan de saúde mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1204/PSMG%20poscovid-19.pdf>
- Szerman, N., Torrens, M., Maldonado, R., Balhara, Y. P. S., Salom, C., Maremmani, I., Sher, L., Dida-Attas, J., Chen, J., Baler, R., & World Association on Dual Disorders (WADD) (2022). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational psychiatry*, 12(1), 446. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02212-5>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024, Online Edition. <https://population.un.org/wpp/downloads?folder=Standard%20Projections&group=Population>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England), 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization. (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d32e7e02-65a6-4c6b-9dd7-6aa0e28e9179/content>
- Xunta de Galicia. (2007). Plan estratéxico de Saúde Mental. Galicia 2006-2011. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/SaludMental/PDF9-50.pdf>
- Xunta de Galicia (2008). Plan de Galicia sobre drogas 2007-2009. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-95.pdf>

CAPÍTULO 12

Sostenibilidad Económica de la Discapacidad: El patrimonio Protegido y los beneficios fiscales

Julio Ransés Pérez Boga

* Claves

CLAVE 1: Las personas discapacitadas y/o dependientes sin medios económicos suficientes serán doblemente dependientes, por lo que las Administraciones Públicas, en aras del principio de Igualdad, deberán velar por evitar esta especial vulnerabilidad derivada de la insuficiencia de recursos económicos combinada con una discapacidad.

CLAVE 2: Las ayudas públicas deben abarcar no solo el reconocimiento de pensiones o la prestación directa de servicios (médicos, de asistencia y apoyo, residencias, ...), sino también generar un marco patrimonial y fiscal que proteja el entorno personal económico de las personas discapacitadas y de las familias que le dan soporte.

CLAVE 3: La constitución de un patrimonio protegido, tutelado por el Estado, así como la concesión de beneficios fiscales que reduzcan la carga tributaria que pesa sobre personas discapacitadas y las familias que les dan soporte, son medios importantes, que deben ser desarrollados, conocidos y utilizados.

CLAVE 4: La discapacidad derivada de la salud mental no tiene un tratamiento específico en materia de ayudas fiscales o patrimonio protegido, sino que se incardina en el tratamiento genérico de la discapacidad, en función del grado reconocido.

* Resumen

En un primer grupo de cuestiones, analizaremos el llamado patrimonio protegido de las personas discapacitadas, incluyendo las cuestiones fiscales inherentes.

En un segundo grupo, analizaremos en profundidad el tratamiento fiscal de la discapacidad por causas psíquicas.

En primer lugar, trataremos la figura del Impuesto Negativo a la Discapacidad, que se configura como una renta que se le concede a aquellas personas que tengan a su cargo una persona discapacitada, ya sean hijos, nietos, padres o abuelos, sin olvidarnos del cónyuge.

En segundo lugar, analizaremos los beneficios fiscales en el Impuesto sobre la Renta, comenzando por el mínimo por discapacidad, tanto de la propia persona discapacitada como de ascendientes o descendientes que sostengan, que permitirá deducir esos gastos del día a día que acarrearán este tipo de situaciones. Prestaremos atención a la posibilidad de desgravar por las aportaciones que terceras personas quieran hacer a Planes de pensiones y otros sistemas de previsión social constituidos a favor de personas con discapacidad. Y finalizaremos con las deducciones en la cuota del IRPF derivadas de discapacidad en Galicia, y otros beneficios en el IRPF.

En tercer lugar, analizaremos las deducciones en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones para personas con discapacidad, y terminaremos con los beneficios fiscales aplicables a personas con discapacidad en el IVA, en la compra de vivienda habitual o de un coche, así como cuando sean contratados en empresas.

12.1. El patrimonio protegido

12.1.1. Qué es el patrimonio protegido

El patrimonio protegido es un mecanismo para favorecer la aportación a título gratuito de bienes y derechos al patrimonio de las personas con discapacidad y establecer mecanismos adecuados para garantizar la afección de tales bienes y derechos, así como de los frutos, productos y rendimientos de éstos, a la satisfacción de las necesidades vitales de sus titulares.

Este patrimonio, regulado en la ley 41/2003, se define como una masa patrimonial, sin personalidad jurídica propia, que queda inmediata y directamente vinculada, exclusivamente, a la satisfacción de las necesidades vitales de una persona con discapacidad, y ello con independencia de que tales personas hayan sido o no judicialmente incapacitadas.

Se consideran personas con discapacidad, las que presenten una discapacidad psíquica igual o superior al 33 por ciento o una discapacidad física o sensorial igual o superior al 65 por ciento. que se acreditará mediante certificado expedido o por resolución judicial firme,

12.1.2 Constitución del patrimonio

Podrán constituir un patrimonio protegido tanto la propia persona con discapacidad como quienes presten apoyo a las personas con discapacidad. También cualquier persona con interés legítimo podrá solicitar de la persona con discapacidad, con el apoyo que requiera, la constitución de un patrimonio protegido, ofreciendo al mismo tiempo una aportación de bienes y derechos adecuados, suficiente para ese fin.

La constitución requiere, inexcusablemente, de una aportación originaria de bienes y derechos; si bien una vez constituido el patrimonio cualquier persona con interés legítimo puede realizar aportaciones a dicho patrimonio, previéndose incluso la posibilidad de que tanto las aportaciones simultáneas a la constitución del patrimonio protegido como las posteriores puedan hacerse a pesar de la oposición de los padres, tutores o curadores, cuando así lo estime el juez por convenir al beneficiario del patrimonio. En todo caso, las aportaciones de terceros deberán realizarse siempre a título gratuito.

La constitución del patrimonio requiere otorgar escritura pública ante notario. También podría constituirse por resolución judicial cuando un tercero con interés legítimo se lo solicite a la persona discapacitada, y ésta, se niegue injustificadamente a ello.

Dicho documento público o resolución judicial tendrá, como mínimo, el inventario de los bienes y derechos que inicialmente constituyan el patrimonio protegido, la determinación de las reglas de administración y, en su caso, de fiscalización, incluyendo los procedimientos de designación de las personas que hayan de integrar los órganos de administración y fiscalización. Asimismo, el documento público o resolución judicial podrá establecer las medidas u órganos de control que estime oportunos para garantizar el

respeto de los derechos, deseos, voluntad y preferencias del beneficiario, así como las salvaguardas necesarias para evitar abusos, conflicto de intereses e influencia indebida.

Los notarios comunicarán inmediatamente la constitución y contenido de un patrimonio protegido por ellos autorizado al fiscal de la circunscripción correspondiente al domicilio de la persona con discapacidad, mediante firma electrónica avanzada. Igual remisión efectuará de las escrituras relativas a las aportaciones de toda clase, que se realicen con posterioridad a su constitución.

Las aportaciones de bienes y derechos posteriores a la constitución del patrimonio protegido estarán sujetas a las mismas formalidades establecidas para las iniciales

12.1.3. Administración del patrimonio

Todos los bienes y derechos, cualquiera que sea su procedencia, se sujetarán al régimen de administración establecido por el constituyente del patrimonio, el cual tiene plenas facultades para establecer las reglas de administración que considere oportunas en el documento público de constitución, pudiendo establecerse los apoyos o salvaguardas que se consideren convenientes, ya sea por el propio constituyente o aportante o por la autoridad judicial, de oficio o a solicitud del Ministerio Fiscal o de aquellas personas legitimadas para promover la adopción de medidas de apoyo respecto del titular del patrimonio protegido.

En todos los demás casos, las reglas de administración deberán prever que se requiera autorización judicial en los mismos supuestos que el tutor la requiere respecto de los bienes del tutelado, si bien se permite que el juez pueda flexibilizar este régimen.

Es perfectamente posible que, a pesar de que su beneficiario tenga capacidad de obrar suficiente, la administración del patrimonio no le corresponda a él, sino a una persona distinta, sea porque así lo ha querido la propia persona con discapacidad, cuando ella misma haya constituido el patrimonio, sea porque lo haya dispuesto así el constituyente del patrimonio y lo haya aceptado el beneficiario, cuando el constituyente sea un tercero.

Cuando el beneficiario del patrimonio protegido no tenga capacidad de obrar, no es necesario que los administradores del patrimonio protegido coincidan con los padres, tutores o curadores a los que legalmente corresponde la administración del resto del patrimonio.

Todos los bienes y derechos que integren el patrimonio protegido, así como sus frutos, rendimientos o productos, deberán destinarse a la satisfacción de las necesidades vitales de su beneficiario o al mantenimiento de la productividad del patrimonio protegido.

Cuando no se pudiera designar administrador conforme a las reglas establecidas en el documento público o resolución judicial de constitución, la autoridad judicial competente proveerá lo que corresponda, a solicitud del Ministerio Fiscal, teniendo en cuenta los deseos, voluntad y preferencias del beneficiario.

12.1.4. Supervisión de la administración del patrimonio protegido

El constituyente puede establecer las reglas de supervisión y fiscalización de la administración del patrimonio que considere oportunas.

La supervisión de la administración del patrimonio protegido corresponde al Ministerio Fiscal, a quien deberá rendir cuentas de su gestión el administrador del patrimonio. Será el fiscal quien instará del juez lo que proceda respetando la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad, incluso la sustitución del administrador, el cambio de las reglas de administración, el establecimiento de medidas especiales de fiscalización, la adopción de cautelas, la extinción del patrimonio protegido o cualquier otra medida de análoga naturaleza.

El Ministerio Fiscal, realizará dos tipos de actuaciones:

- a) Una supervisión permanente y general de la administración del patrimonio protegido, a través de la información que, periódicamente, el administrador debe remitirle.
- b) Una supervisión esporádica y concreta, ya que cuando las circunstancias concurrentes en un momento determinado lo hicieran preciso, el Ministerio Fiscal puede solicitar del juez la adopción de cualquier medida que se estime pertinente en beneficio de la persona con discapacidad. A estos efectos, el Ministerio Fiscal puede actuar tanto de oficio como a solicitud de cualquier persona, y será oído en todas las actuaciones judiciales que afecten al patrimonio protegido, aunque no sean instadas por él.

El administrador del patrimonio protegido deberá rendir cuentas de su gestión al Ministerio Fiscal cuando lo determine éste y, en todo caso, anualmente, mediante la remisión de una relación de su gestión y un inventario de los bienes y derechos que lo formen, todo ello justificado documentalmente. Asimismo, el Ministerio Fiscal podrá requerir documentación adicional y solicitar cuantas aclaraciones estime pertinentes.

12.1.5 Beneficios fiscales

Tratamiento fiscal para el que realiza las aportaciones al patrimonio protegido

Para tener derecho a la desgravación es necesario que los aportantes a Patrimonios protegidos tengan una relación con el titular del Patrimonio.

Tratándose de aportaciones al patrimonio protegido realizadas por personas físicas, para tener derecho a la reducción, la aportación deberá hacerse por quienes tengan con el beneficiario una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, por el cónyuge de la persona con discapacidad, o por aquellos que lo tuviesen a su cargo en régimen de tutela, acogimiento o curatela.

El aportante podrá reducir, en su base imponible del IRPF, el importe de su aportación en el ejercicio en el que la realice, hasta el límite máximo de 10.000 euros anuales, por todos los patrimonios protegidos a los que realice aportaciones.

El conjunto de reducciones practicadas por todas las personas que efectúan aportaciones a un mismo patrimonio protegido no puede exceder de 24.250 euros anuales. Los excesos sobre el límite de reducción podrán reducirse en los cuatro períodos impositivos siguientes.

Cuando concurren varias aportaciones a favor de un mismo patrimonio protegido y se exceda el límite conjunto de 24.250 euros, las reducciones correspondientes a dichas aportaciones habrán de ser minoradas de forma proporcional.

No generarán el derecho a reducción las aportaciones de elementos afectos a la actividad económica que efectúen contribuyentes de IRPF que realicen actividades económicas.

Además, estarán exentas las ganancias patrimoniales que se pongan de manifiesto en el aportante con ocasión de las aportaciones a patrimonios protegidos de personas con discapacidad.

Si los aportantes están sujetos al Impuesto de Sociedades, las aportaciones realizadas al Patrimonio tendrán la consideración de gasto deducible con el límite de 10.000 euros anuales, siempre que se realicen en beneficio de trabajadores o de sus parientes.

Tratamiento fiscal para el titular del patrimonio protegido.

Las aportaciones realizadas al patrimonio protegido generan rendimientos del trabajo para la persona con discapacidad titular de dicho patrimonio, en los siguientes términos y condiciones:

- Cuando los aportantes son contribuyentes del IRPF tendrán la consideración de rendimientos de trabajo hasta el importe de 10.000 € anuales por cada aportante y 24.250 € anuales en conjunto.
- Cuando los aportantes son contribuyentes del IS tendrán la consideración de rendimientos de trabajo siempre que hayan sido gasto deducible en el Impuesto sobre Sociedades, con el límite de 10.000 € anuales. Este límite es independiente de los anteriores. Cuando las aportaciones se realicen por sujetos pasivos del IS a favor de los patrimonios protegidos de parientes, cónyuges o personas a cargo de los empleados del aportante, tendrán la consideración de rendimiento del trabajo para el titular del patrimonio protegido (sin retención o ingreso a cuenta), pero no del empleado.
- No obstante, estos rendimientos del trabajo están exentos, hasta importe máximo anual de 3 veces el IPREM, por lo que el límite para 2026 sería de 21.600€ (el IPREM de 2026 asciende a 600€/mes o 7.200€/año), por lo que no estaría obligado a presentar IRPF si las únicas rentas percibidas proceden de aportaciones realizadas por sus padres al patrimonio protegido y no excede del límite.
- No estará sujeta al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones la parte de las aportaciones que tenga para el perceptor la consideración de rendimientos del trabajo, pero el exceso sí estará sujeto a dicho impuesto.

Las Comunidades Autónomas podrán declarar la exención en el Impuesto sobre el Patrimonio, de los bienes y derechos referidos en la Ley de protección patrimonial de las personas con discapacidad. Hasta el momento, sólo lo han aprobado para la Comunidad Autónoma de Canarias o en la Comunidad de Castilla y León.

Finalmente, los titulares de patrimonios protegidos o sus administradores deben presentar anualmente una declaración informativa (modelo 182) sobre las aportaciones recibidas y las disposiciones realizadas, haciendo constar además los datos de identificación de los aportantes y beneficiarios.

Por último, para asegurar que este patrimonio que se constituye en favor de la persona discapacitada sea duradero, se establece un plazo de permanencia mínimo que incluye el período impositivo en el que se realiza la aportación y los cuatro siguientes. La disposición de cualquier bien o derecho aportado, efectuada dentro del plazo de permanencia, supondrá:

- Para el aportante contribuyente del IRPF: debe reponer las reducciones indebidamente practicadas mediante la presentación de la oportuna autoliquidación complementaria, incluyendo intereses de demora.
- Para el titular del patrimonio protegido: debe integrar en la base imponible la parte de la aportación recibida que hubiera dejado de integrar en el ejercicio en que recibió la aportación como consecuencia de la aplicación de la exención en los rendimientos del trabajo (autoliquidación complementaria con inclusión de los intereses de demora). Dichos rendimientos seguirían teniendo la calificación de rendimientos del trabajo hasta 10.000 euros anuales por cada aportante o hasta 24.250 euros en total, pero sin posibilidad de aplicar exención.

12.2. Impuesto negativo para quien tenga a su cargo personas con discapacidad

12.2.1. Qué es y requisitos para su disfrute

Los impuestos negativos se refieren a una serie de ayudas fiscales que se conceden en beneficio de quienes tengan a su cargo a una persona con discapacidad.

Se llama impuesto negativo, ya que, lo gestiona la Agencia Tributaria a través del Impuesto sobre la Renta, pero en lugar de cobrar, Hacienda paga siempre, incluso aunque no se presente la declaración, de ahí el carácter de negativo.

Esta ayuda consiste, a opción del beneficiario, en percibir una renta mensual por cada persona discapacitada a cargo o, alternativamente, el derecho a practicar anualmente en la declaración de la Renta una deducción por importe equivalente al que se podría percibir mensualmente. Esta opción se solicitará a la Agencia Tributaria mediante la presentación del modelo 143. Dicho modelo se podrá entregar tanto de manera telemática como presencial.

Si hubiera más de una persona con derecho a la deducción por el mismo descendiente con discapacidad, el importe se prorrateará entre todas, por partes iguales, salvo que de mutuo acuerdo se ceda el derecho a una de ellas. Para realizar la cesión, bastará con indicarlo así en la solicitud de cobro mensual, plasmarlo en la declaración de la renta, o comunicarlo expresamente a través del modelo 121.

Para poder disfrutar este beneficio es necesario que la persona que tenga a su cargo a la persona discapacitada realice una actividad por cuenta propia o ajena, perciba prestaciones contributivas y asistenciales del sistema de protección del desempleo, o sea pensionista por el Régimen General por los Regímenes especiales de la Seguridad Social, por el Régimen de Clases Pasivas del Estado, o por una mutualidad de previsión social que actúe como alternativa al régimen especial de la Seguridad Social.

Es por ello, por lo que si una vez que estamos cobrando mes a mes, y dejáramos de cumplir algún requisito, como por ejemplo no estar cotizando, el abono anticipado percibido habrá sido mayor que la deducción a la que tienes derecho, por lo que debes regularizar esta situación comunicándolo de inmediato a hacienda, devolviendo el incentivo cobrado indebidamente, en la siguiente declaración del IRPF, o a través del modelo 122, si no estamos obligados a presentar declaración.

Son tres los motivos que generan el derecho a esta prestación:

12.2.2. Deducción por descendiente con discapacidad a cargo

Se disfrutará por aquellas personas que tengan a su cargo descendiente/s con discapacidad igual o superior al 33%. Para poder practicar la deducción es necesario que dichos descendientes convivan con el contribuyente y no tengan rentas anuales, excluidas las exentas, superiores a 8.000 euros. El importe será de 100 euros mensuales por cada ascendiente con discapacidad, con un máximo de 1.200 euros anuales.

12.2.3. Deducción por ascendiente con discapacidad a cargo

Se disfrutará por aquellas personas que tengan a su cargo a ascendiente/s con discapacidad igual o superior al 33%. Para poder practicar la deducción es necesario dichos ascendientes convivan con el contribuyente (o estén internados en centros especializados) y no tengan rentas anuales, excluidas las exentas, superiores a 8.000 euros. El importe máximo es de 1.200 € anuales o 100 € al mes, por cada descendiente con discapacidad. El importe será de 100 euros mensuales por cada ascendiente con discapacidad, con un máximo de 1.200 euros anuales.

12.2.4. Deducción por cónyuge con discapacidad a cargo

Se disfrutará por aquellas personas cuyo cónyuge tenga reconocida una discapacidad del 33% o superior, no haya separación legal, que no tenga rentas anuales, excluidas las exentas, superiores a 8.000 € (en el último periodo impositivo cuyo plazo de presentación de IRPF haya finalizado al inicio del ejercicio en el que se solicita el abono) y que no genere el derecho a las deducciones por descendientes y ascendientes con discapacidad. El importe será de 100 euros mensuales por cada ascendiente con discapacidad, con un máximo de 1.200 euros anuales.

12.3. Beneficios fiscales en el ámbito del IRPF

12.3.1. El mínimo por discapacidad (normativa: arts. 60 y 61 Ley IRPF)

Que es el mínimo por discapacidad

Es una deducción general en el IRPF ligada exclusivamente a la condición legal de persona discapacitada, y que pueden disfrutar tanto la propia persona discapacitada, como, en su caso, las personas a cuyo cargo están.

Se establece mediante una desgravación en la base imponible del impuesto, cuyo espíritu es compensar esos gastos adicionales que tiene que afrontar una persona por su condición de discapacitada. Es el llamado mínimo por discapacidad. Dicho mínimo se calcula a tanto alzado mediante una cantidad que se resta de los ingresos y que no precisa de más justificación que acreditar la condición legal de discapacitado o discapacitada.

Tienen la consideración de personas con discapacidad, a estos efectos, los contribuyentes que acrediten un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100. El grado de discapacidad deberá acreditarse mediante certificado o resolución expedido por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) o el órgano competente de las Comunidades Autónomas. Además, se considerará acreditado un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, en el caso de pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez; así como para el caso de pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. Igualmente, se considerará acreditado un grado de discapacidad igual o superior al 65 por 100 cuando se trate de personas cuya incapacitación haya sido declarada en virtud de resoluciones judiciales anteriores a la Ley 8/2021, o cuando se trate de personas con discapacidad para las que se haya establecido la curatela representativa en virtud de resoluciones judiciales dictadas con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley 8/2021.

Mínimo por discapacidad del contribuyente.

Toda persona, por el mero hecho de tener reconocido un grado de discapacidad tendrá derecho a deducir en su declaración de la Renta, en concepto de mínimo por discapacidad la cantidad de 3.000 euros anuales cuando sea una persona con un grado de discapacidad igual o superior al 33% e inferior al 65%; o 9.000 euros anuales si el grado de discapacidad es igual o superior al 65%.

Mínimo por discapacidad de ascendientes o descendientes.

Aquellas personas que tengan a su cargo un ascendientes o descendientes que genere derecho a la aplicación de su respectivo mínimo por discapacidad tendrá derecho a deducir en su declaración de la Renta, 3.000 euros anuales cada ascendiente o descendiente con un grado de discapacidad igual o superior al 33% e inferior al 65%; o 9.000 euros anuales si el grado de discapacidad es igual o superior al 65%.

El mínimo por discapacidad de ascendientes o descendientes se incrementará, en concepto de gastos de asistencia, en 3.000 euros anuales por cada ascendiente o descendiente que acredite necesitar ayuda de terceras personas o movilidad reducida, o un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

La necesidad de ayuda de terceras personas para desplazarse a su lugar de trabajo o para desempeñar el mismo, o la movilidad reducida para utilizar medios de transporte colectivos, deberá acreditarse mediante certificado o resolución del IMSERSO o el órgano competente de las Comunidades Autónomas en materia de valoración de las discapacidades, basándose en el dictamen emitido por los Equipos de Valoración y Orientación dependientes de las mismas. ¡Y ojo!, porque el hecho de tener reconocido cualquiera de los grados de dependencia de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia no acredita la discapacidad ni exime de estar en posesión del certificado de discapacidad a efectos de la aplicación del mínimo.

Condiciones para la aplicación del mínimo por discapacidad.

La determinación de las circunstancias personales y familiares que deben tenerse en cuenta para la aplicación del mínimo por discapacidad se realizará atendiendo a la situación existente al 31 de diciembre o en la fecha de fallecimiento del contribuyente.

La aplicación del mínimo por discapacidad de ascendientes o descendientes está condicionada a que cada uno de ellos genere derecho a la aplicación del mínimo por ascendientes o descendientes, es decir, que convivan con el contribuyente (o en caso de ascendientes que sean internados en centros especializados) y no tenga rentas anuales, excluidas las exentas, superiores a 8.000 euros.

Cuando dos o más contribuyentes tengan derecho a la aplicación del mínimo por discapacidad respecto de los mismos ascendientes o descendientes, su importe se prorrateará entre ellos por partes iguales. No obstante, cuando los contribuyentes tengan distinto grado de parentesco con el ascendiente o descendiente, la aplicación del mínimo corresponderá a los de grado más cercano, salvo que estos no tengan rentas anuales, excluidas las exentas, superiores a 8.000 euros, en cuyo caso corresponderá a los del siguiente grado.

No procederá la aplicación de estos mínimos cuando los ascendientes o descendientes presenten declaración por el IRPF con rentas superiores a 1.800 euros.

12.3.2. Planes de pensiones y otros sistemas de previsión social constituidos a favor de personas con discapacidad

Darán derecho a deducción en el IRPF las aportaciones a Planes de Pensiones, Mutualidades de Previsión Social, Planes de Previsión Asegurados, Planes de Previsión Social Empresarial y a los seguros de Dependencia (sólo si cubren exclusivamente el riesgo de dependencia severa o de gran dependencia) realizadas a favor de personas con:

- Discapacidad psíquica igual o superior al 33%.
- Incapacidad declarada judicialmente con independencia de su grado.

Contribuyentes con derecho a reducción en el IRPF

Los contribuyentes que pueden realizar aportaciones con derecho a reducción en el IRPF serán:

1. El que realice aportaciones en beneficio de los planes de previsión social de:
 - Las personas con discapacidad con las que tengas una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive (padre, abuelo, bisabuelo, hijo, nieto, bisnieto, hermano o sobrino)
 - El cónyuge si es una persona con discapacidad
 - Las personas con discapacidad acogidas o tuteladas (tras la reforma del Código Civil también las sujetas a curatela representativa).

En estos casos es necesario que la persona con discapacidad sea designada beneficiaria de manera única e irrevocable para cualquier contingencia, salvo la de muerte de la persona discapacitada, en cuyo caso podrá generar prestaciones de viudedad u orfandad a favor de los aportantes.

2. La propia persona discapacitada que realice aportaciones a su plan de previsión social.

Límite máximo de la reducción en la declaración de IRPF del aportante

Las aportaciones que como máximo podrá deducir cada aportante no podrán superar:

- 24.250 € anuales para las aportaciones realizadas por las personas con discapacidad participes.
- 10.000 € anuales para las aportaciones realizadas por cada una de las personas con las que el partícipe con discapacidad tiene una relación de parentesco, por el cónyuge, o por los que lo tienen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.
- El conjunto de las reducciones practicadas por todas las personas que realicen aportaciones a favor de una misma persona con discapacidad, incluidas las de la propia persona con discapacidad, no podrá exceder de 24.250 euros anuales

Tratamiento fiscal de las prestaciones que reciban los beneficiarios con discapacidad.

El hecho de que un pariente haga aportaciones en beneficio de la persona discapacitada no supondrá que la persona discapacitada deba tributar por ningún impuesto.

En su día, cuando la persona discapacitada comience a cobrar del plan de pensiones, estas prestaciones se calificarán como rendimientos del trabajo. La misma calificación procederá en caso de disposición anticipada de los derechos consolidados.

Además, en caso de que en su momento las prestaciones se perciban en forma de renta, estarán exentas hasta un importe máximo de 3 veces el IPREM. El límite de hasta 3 veces el IPREM (es decir, en 2026, límite de 21.600 euros anuales) se aplica de forma individual y separada con los rendimientos del trabajo derivados de las aportaciones a patrimonios protegidos de personas con discapacidad.

12.3.3. Deduciones en la cuota del IRPF derivadas de discapacidad en Galicia

Para disfrutar de cualquier deducción por discapacidad en Galicia, el grado de discapacidad deberá estar reconocido mediante resolución expedida por el órgano competente en materia de servicios sociales de la Xunta de Galicia. También se considerará acreditado el grado igual o superior al 33% en el caso de los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez y en el caso de los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. Asimismo, se considerará acreditado un grado de discapacidad igual o superior al 65% cuando se trate de personas cuya incapacidad sea declarada judicialmente, aunque no alcance dicho grado, así como en los casos en que estuviera reconocida por el órgano competente la situación de Dependencia severa o Gran dependencia.

Las deducciones ligadas a la situación de discapacidad, que los residentes en Galicia se pueden deducir de su cuota del Impuesto sobre la Renta son:

Por nacimiento o adopción de hijos aquejados de discapacidad

El nacimiento o adopción de un hijo o hija con discapacidad da derecho a una deducción al padre o madre que conviva, que ascenderá por cada hijo nacido o adoptado en el período impositivo, a las siguientes cantidades (en función de la base imponible total menos el mínimo personal y familiar del contribuyente):

(Base imponible general + Base imponible del ahorro) - (Mínimo personal y familiar)	Importe de la deducción
Menor o igual a 22.000 euros	720 euros el 1 ^{er} hijo
	2.400 euros el 2 ^{do} hijo
	4.800 euros el 3 ^{er} hijo y ss.
Mayor o igual a 22.000,01 euros	600 euros por hijo
	720 euros por hijo en caso de parto múltiple

Estas cuantías anteriores se incrementarán en un 20% para los contribuyentes residentes en municipios de menos de 5.000 habitantes.

La deducción se extenderá a los dos períodos impositivos siguientes al de nacimiento o adopción, siempre que el hijo nacido o adoptado siga conviviendo con el contribuyente, con arreglo a las siguientes cuantías y límites de renta:

(Base imponible general + Base imponible del ahorro) - (Mínimo personal y familiar)	Importe de la deducción
Igual o menor a 22.000 euros	720 euros el 1 ^{er} hijo
	2.400 euros el 2 ^{do} hijo
	4.800 euros el 3 ^{er} hijo y ss.
Entre 22.000,01 y 31.000 euros	600 euros por hijo
Más de 31.000 euros	0 euros

Cuando los hijos nacidos o adoptados convivan con ambos progenitores, la deducción que corresponda se practicará por mitad en la declaración de cada uno de ellos.

Por contribuyentes con discapacidad, de edad igual o superior a 65 años, que precisen ayuda de terceras personas

Los contribuyentes de edad igual o superior a sesenta y cinco años afectados por un grado de discapacidad igual o superior al 65% y que precisen ayuda de terceras personas podrán deducir de la cuota íntegra autonómica

- El 10% de las cantidades satisfechas a terceros que les presten ayuda.
- Con el límite máximo de la deducción es de 600 euros.

Requisitos para la aplicación de la deducción:

- Que la suma de las bases imponibles general y del ahorro minorada en el importe de los mínimos personal y familiar, no supere los siguientes importes: 22.000 euros en tributación individual. 31.000 euros en tributación conjunta.
- Que acredite la necesidad de ayuda de terceras personas.
- Que el contribuyente no sea usuario de residencias públicas o concertadas de la Comunidad Autónoma de Galicia o beneficiario del cheque asistencial de la Xunta de Galicia.

Por familia numerosa con personas discapacitadas

La deducción autonómica para familias numerosas, para el caso de que el contribuyente o alguno de los descendientes que den derecho a aplicar esta deducción tenga el grado de discapacidad igual o superior al 65% se duplicará, ascendiendo a:

- 500 euros, en caso de que se trate de familias de hasta dos hijos/as.

- 800 euros, en caso de que se trate de familias de hasta dos hijos/as que disfruten del título de categoría especial.
- Incremento adicional de 500 euros por cada hijo/a en el resto de los casos.

Cuando más de un contribuyente tenga derecho a la aplicación de la deducción respecto de los mismos descendientes, su importe será prorrateado entre ellos por partes iguales.

Esta deducción resulta incompatible con la aplicación de la deducción autonómica "Para familias con dos hijos e hijas".

Para familias con dos hijos e hijas

Con carácter general, el contribuyente que, en la fecha de devengo del impuesto, tenga dos descendientes que generen a su favor el derecho a la aplicación del correspondiente mínimo por descendientes establecido por la normativa reguladora del impuesto, podrá deducir de la cuota íntegra autonómica la cantidad de 250 euros. Pero en el caso de que el contribuyente o alguno de los descendientes que den derecho a aplicar esta deducción tenga un grado de discapacidad igual o superior al 65 %, la deducción anterior se duplicará.

Cuando más de un contribuyente tenga derecho a la aplicación de la deducción respecto de los mismos descendientes, su importe será prorrateado entre ellos por partes iguales. Esta deducción resulta incompatible con la aplicación de la deducción autonómica "Por familia numerosa".

Por alquiler de la vivienda habitual

El contribuyente que tenga reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 podrá deducir de la cuota íntegra autonómica las cantidades que hubiese satisfecho durante el período impositivo en concepto de alquiler de su vivienda habitual:

- el 20 %, con un límite de 600 euros por contrato de arrendamiento,
- el 40 % con un límite de 1.200 euros si tiene dos o más hijos menores de edad.

Requisitos y otras condiciones para la aplicación de esta deducción:

- Que la edad del contribuyente sea igual o inferior a 35 años (a fecha del 31 de diciembre). En caso de tributación conjunta, deberá cumplir este requisito al menos uno de los cónyuges o, en su caso, el padre o la madre.
- Que la fecha del contrato de arrendamiento sea posterior a 1 de enero de 2003.
- Que haya constituido el depósito de la fianza, en el Instituto Gallego de la Vivienda y Suelo, o bien posea copia compulsada de la denuncia presentada ante dicho organismo por no haberle entregado dicho justificante la persona arrendadora.
- Que la suma de las bases imponibles general y del ahorro no supere el importe de 22.000 euros, tanto en tributación individual como en conjunta.

- Cuando dos contribuyentes tengan derecho a esta deducción, el importe total de la misma, sin exceder del límite establecido por contrato de arrendamiento, se prorrateará por partes iguales en la declaración de cada uno de ellos.
- Tratándose de matrimonios en régimen de gananciales, la deducción corresponderá a los cónyuges por partes iguales, aunque el contrato esté solo a nombre de uno de ellos.

12.3.4. Otros beneficios fiscales en el IRPF

Hay más supuestos de beneficios fiscales para cualquier discapacidad, siempre que se acredite, al menos el 33%.

Entre ellas, destacamos la deducción de las personas con discapacidad que perciban Rendimientos del Trabajo personal, que podrán desgravar 3.500€, o 7.750€ si su grado de discapacidad es del 65% o más, si necesitan de ayuda de terceras personas o tienen movilidad reducida.

Pero también hay supuestos en los que una persona con discapacidad estará exenta de pagar el IRPF. Esto sucederá si:

- Percibe una pensión o prestación y tiene reconocida una gran invalidez o incapacidad permanente.
- Ha recibido ayudas, prestaciones o indemnizaciones de instituciones o administraciones públicas.
- Percibe una prestación por desempleo en modalidad de pago único.

12.4. Beneficios fiscales en el impuesto sobre sucesiones y donaciones para personas con discapacidad

El Impuesto sobre Sucesiones grava las herencias, legados y títulos sucesorios en general.

Las personas con discapacidad cuando son beneficiarias de una herencia, legado, incluso cuando son beneficiarias de pólizas de seguros de vida, podrán reducir la parte que deba tributar de una herencia en:

- 150.000 euros si el grado de minusvalía es igual o superior al 33% e inferior al 65%.
- Reducción del 100% de la base imponible a los contribuyentes pertenecientes a los grupos I y II (descendientes y ascendientes en primer grado) si acreditan un grado de minusvalía igual o superior al 65%, siempre que el patrimonio preexistente del contribuyente no exceda 3.000.000 de euros.
- Reducción de 300.000 euros para los contribuyentes que, con arreglo a lo anteriormente citado, acrediten un grado de minusvalía igual o superior al 65% y no tengan derecho a la reducción señalada en el párrafo anterior.

12.5. Otros beneficios fiscales a personas con discapacidad

12.5.1. El Impuesto Valor Añadido de los servicios prestados en Centros, residencias y ayuda a domicilio

Tributan al 4% los siguientes servicios prestados a personas en situación de dependencia:

- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio: atención de las necesidades del hogar y cuidados personales.
- Servicio de Centro de Día y de Noche (Centro de Día para mayores, Centro de Día para menores de 65 años, Centro de Día de atención especializada, Centro de Noche).
- Servicio de Atención Residencial (Residencia de personas mayores en situación de dependencia y Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad).

Para la aplicación del tipo del 4% en estos servicios se requiere que se presten en plazas concertadas en centros o residencias o mediante precios derivados de un concurso administrativo adjudicado a las empresas prestadoras, o como consecuencia de una prestación económica vinculada a tales servicios que cubra más del 10 por ciento de su precio.

Por otra parte, están exentos del IVA los servicios de asistencia a personas con discapacidad prestados por entidades de carácter social, es decir, aquellas que carecen de finalidad lucrativa y cuyos cargos de presidente, patrono o representante legal sean gratuitos. La exención comprende la prestación de los servicios de alimentación, alojamiento o transporte accesorios prestados con medios propios o ajenos.

12.5.2. Beneficios fiscales de la vivienda habitual de personas con discapacidad. El Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados

El tipo de gravamen aplicable a las transmisiones de inmuebles que vayan a constituir la vivienda habitual del contribuyente con discapacidad será del 3 %, siempre que éste cumpla los requisitos siguientes:

- Que en la fecha de devengo del impuesto el adquirente sea una persona discapacitada física, psíquica o sensorial con grado de minusvalía igual o superior al 65 % y destine el inmueble adquirido a su vivienda habitual.
- En el momento de presentación del impuesto, el contribuyente acompañe la justificación documental adecuada y suficiente de la condición de discapacidad y del grado de discapacidad.

- Que la adquisición de la vivienda se documente en escritura pública, en la cual se hará constar expresamente la finalidad de destinarla a constituir su vivienda habitual.

Asimismo, en la adquisición de vivienda habitual por personas discapacitadas y en la constitución de préstamos hipotecarios destinados a su financiación, el tipo de gravamen aplicable en las primeras copias de escrituras que documenten la adquisición de la vivienda habitual del contribuyente o la constitución de préstamos o créditos hipotecarios destinados a su financiación será del 0,5%, siempre que se cumplan los requisitos siguientes:

- Que en la fecha de devengo del impuesto el adquirente sea una persona discapacitada física, psíquica o sensorial con un grado de minusvalía igual o superior al 65% y destine el inmueble adquirido a su vivienda habitual.
- En el momento de presentación del impuesto, el contribuyente se aporte la justificación documental adecuada y suficiente de la condición de discapacidad y del grado de minusvalía.
- La adquisición de la vivienda se documente en escritura pública, en la cual se hará constar expresamente la finalidad de destinarla a constituir su vivienda habitual.

En ambos supuestos, si el inmueble fuese adquirido por varias personas y no se cumplieran los requisitos señalados en los números anteriores en todos los adquirentes, el tipo reducido se aplicará a la parte proporcional de la base liquidable correspondiente al porcentaje de participación en la adquisición de los contribuyentes que sí los cumplan.

Igualmente, los contribuyentes con discapacidad que tengan derecho a aplicar estos tipos de gravamen reducidos tendrán derecho a una deducción en la cuota del 100 % siempre que la vivienda se encuentre en alguna de las parroquias que tengan la consideración de zonas poco pobladas o áreas rurales.

12.5.3. Beneficios fiscales ligados a la matriculación y posesión de un medio de transporte por parte de una persona con discapacidad

Estarán exentos del Impuesto de Matriculación (Impuesto Especial de determinados medios de Transporte) los vehículos automóviles matriculados a nombre de minusválidos para su uso exclusivo, siempre que concurren los siguientes requisitos:

1. Que hayan transcurrido al menos cuatro años desde la matriculación de otro vehículo en análogas condiciones (este requisito no se exigirá en supuestos de siniestro total de los vehículos, debidamente acreditado).
2. Que no sean objeto de una transmisión posterior por actos «inter vivos» durante el plazo de los cuatro años siguientes a la fecha de su matriculación.

El Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica es más conocido como impuesto de circulación y grava la titularidad de los vehículos de esta naturaleza, aptos para circular por las vías públicas.

La Ley establece la exención del impuesto a los vehículos para personas calificadas de movilidad reducida (definidas en el apartado A del anexo II del Reglamento General de Vehículos, aprobado por el Real Decreto 2822/1998, de 23 de diciembre), así como los vehículos matriculados a nombre de minusválidos para su uso exclusivo.

La exención solo resultará aplicable a un vehículo simultáneamente.

Para la justificación de ambas exenciones, bastará justificar la condición legal de discapacidad en grado igual o superior al 33%.

12.5.4. Beneficios fiscales en el Impuesto sobre Sociedades, ligadas a situaciones de discapacidad

El impuesto sobre Sociedades es el impuesto que pagan las empresas por los beneficios que obtienen en su actividad económica.

El principal incentivo que este impuesto establece en beneficio de situaciones de discapacidad es una deducción en la cuota del impuesto para aquellas empresas que contraten a trabajadores con discapacidad. La deducción será de 9.000 euros por cada persona/año de incremento del promedio de plantilla de trabajadores con discapacidad en un grado igual o superior al 33 por ciento e inferior y podrá llegar a los 12.000 euros por cada persona/año contratada de incremento del promedio de plantilla de trabajadores con discapacidad en un grado igual o superior al 65 por ciento.

Asimismo, existen beneficios fiscales para empresas que desarrollen software destinado a facilitar el acceso a los servicios de la sociedad de la información a las personas con discapacidad, cuando se realice sin fin de lucro, así como para determinadas inversiones en producciones cinematográficas, series audiovisuales y espectáculos dirigidas exclusivamente por personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento.

12.6. Conclusiones

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 las personas discapacitadas, 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 al incapaz, 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 la persona discapacitada, en un contexto de incertidumbre.

Las personas discapacitadas 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%.

Por otra parte, 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 discapacidades psíquicas.

Por otra parte, 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.

* Autoría y créditos

Julio Ransés Pérez Boga

Inspector de Hacienda del Estado.

* Normativa y documentación de interés

- LEY 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad
- Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio.
- Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero.
- Ley 27/2014, de 27 de noviembre de 2014, del Impuesto sobre Sociedades
- Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del Impuesto sobre el Valor Añadido.
- Real Decreto Legislativo 1/1993, de 24 de septiembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.
- Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales.
- Decreto Legislativo 1/2011, de 28 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales de la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de tributos cedidos por el Estado.

Página web de la Agencia Tributaria:

<https://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/familia.html%20>

A continuación, se adjuntan los anexos indicados para cada capítulo, para su consulta. Los modelos de solicitudes están actualizados hasta diciembre de 2025. Varios de estos modelos tienen su correspondiente versión disponible para la tramitación online de las solicitudes.

Anexos del CAPÍTULO 1:

Modelo de solicitud de dependencia y discapacidad y los anexos correspondientes.

- Nova solicitud de dependencia.
- Anexo II. Dependencia
- Anexo III. Dependencia

Anexos del CAPÍTULO 2:

- Modelo de queja o sugerencia SERGAS.
- Modelo de queja ante el/la Valedor/a del Pueblo.
- Modelo de recurso potestativo de reposición y de recurso de alzada.

Anexos del CAPÍTULO 6:

- Solicitud de la prestación del seguro escolar
- Solicitud de copia de documentación clínica.
- Modelo de solicitud de la tarjeta sanitaria AA.
- Solicitud de farmacia gratuita para menor con discapacidad mayor al 33%



PROCEDEMENTO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DA DISCAPACIDADE	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO SOLICITUDE
--	---	-------------------------

TIPO DE SOLICITUDE

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO GRAO DE DISCAPACIDADE
 SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
 GRAO DE DISCAPACIDADE

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

IDENTIFICACIÓN

TIPO NÚM. PAÍS EMISOR

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO

DATA DE NACEMENTO SEXO HOME MULLER NON BINARIO NACIONALIDADE

ENDEREZO

PAÍS

TIPO NOME DA VÍA NÚM. BLOQ. ANDAR PORTA

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

PARROQUIA LUGAR

CONTACTO

PREFIXO TELÉFONO 1 PREFIXO TELÉFONO 2

CORREO ELECTRÓNICO

PERSOA QUE REALIZA A PRESENTACIÓN, EN CASO DE NON SER A SOLICITANTE

REPRESENTANTE TRABALLADOR SOCIAL

Nos seguintes apartados se cargarán os datos da persoa seleccionada para firmar no caso de non ser o solicitante.

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF



E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)
(No caso de menores de 18 anos, os representantes serán ambos proxenitores, ou o/a titor/a do menor; para estes efectos, presúmese que cada un dos proxenitores actúa no exercicio ordinario da patria potestade co consentimento do outro.
No caso de solicitar a dependencia o enchemento deste apartado por parte do gardador/a de feito coa sinatura desta solicitude servirá como declaración da citada circunstancia ante a Administración.)

IDENTIFICACIÓN

TIPO	NÚM.	PAÍS EMISOR
<input type="text" value="NIF"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="ESPAÑA"/>
NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EN CALIDADE DE (CARGO/POSTO QUE DESEMPEÑA)

- REPRESENTANTE LEGAL PAI/NAI/TITOR/A DA PERSO A MENOR (menores de 18 anos) GARDADOR/A DE FEITO (só no caso de solicitar a dependencia)

AUTORIZACIÓN PARA A PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DA SOLICITUDE E DEMAIS DOCUMENTACIÓN POR PARTE DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA

(O enchemento deste apartado implicará o outorgamento da autorización para a súa presentación electrónica)

TIPO	NÚM.	PAÍS EMISOR	
<input type="text" value="NIF"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="ESPAÑA"/>	
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	Nº COLEXIADO/A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDADE/ORGANISMO:

- Provincia: Concello:
- Centro de saúde, hospital, atención especializada, etc., especifique:



DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación no correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir e que poderán cambiar en calquera momento a través de Notifica.gal:

PREFIXO

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa Administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos, sen que sexa válida para elas nin produza efectos unha opción diferente.

- Electrónica** a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia - Notifica.gal (<https://notifica.xunta.gal>). Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico ou Chave365.
- Postal** (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente).

PAÍS

TIPO

NOME DA VÍA

NÚM.

BLOQ.

ANDAR

PORTA

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

CONCELLO

LOCALIDADE

PARROQUIA

LUGAR

DATOS BANCARIOS

Formato IBAN

Formato BIC

Declaro baixo a miña responsabilidade que son certos os datos consignados relativos á conta bancaria indicada.

TITULAR DA CONTA

NÚMERO DE CONTA BANCARIA (24 DÍXITOS)

IBAN



**DATOS ESPECÍFICOS DO PROCEDEMENTO
DEPENDENCIA**

- Valoración inicial de dependencia Revisión do grao
- Reactivación PIA Revisión PIA
- Traslado de expediente de dependencia á provincia de dentro da Comunidade Autónoma de Galicia
- Traslado de expediente de dependencia á provincia de da Comunidade Autónoma de

Tramitación Prioritaria: A través desta vía tramítanse aquelas solicitudes de dependencia baseadas en:

- ELA, ataxias rapidamente progresivas, distrofias musculares, esclerose múltiples de evolución rápida, enfermidades metabólicas con trastornos motores e neoplasias en estadio IV.
- Menor de 3 anos
- Maior de 80 anos
- Valoración por emerxencia social (Dita circunstancia deberá acreditarse polo/a traballador/a social de referencia)

DISCAPACIDADE

- Valoración inicial de discapacidade Revisión da discapacidade por melloría/agravamento
- Traslado de expediente de discapacidade á provincia de dentro da Comunidade Autónoma de Galicia
- Traslado de expediente de discapacidade á provincia de da Comunidade Autónoma de

Tipo de valoración que se solicita:

- Física
- Psíquica
- Ámbalas dúas

Tramitación Prioritaria: A través desta vía tramítanse aquelas solicitudes de discapacidade baseadas en:

- ELA, ataxias rapidamente progresivas, distrofias musculares, esclerose múltiples de evolución rápida, enfermidades metabólicas con trastornos motores e neoplasias en estadio IV.
- Maior de 80
- Menores de 18 anos.
- PNC/Prestación por fillo/a a cargo, condicionado ao cumprimento previo dos demais requisitos esixibles
- Solicitudes de axudas/subvencións sometidas a prazos
- Acceso ao emprego e ás ensinanzas regradas onde exista reserva de praza para persoas con discapacidade

- Solicita a avaliación das limitacións nas actividades de mobilidade (mobilidade reducida)

ESTADO CIVIL DA PERSOA SOLICITANTE

- SOLTEIRO/A CASADO/APARELLA DE FEITO DIVORCIADO/A VIÚVO/A SEPARADO/A

RÉXIME DE AFILIACIÓN Á SEGURIDADE SOCIAL E PRESTACIÓNS

- Seguridade Social MUFACE ISFAS
- MUGEJU Outro tipo de asistencia
- CONDICIÓN TITULAR BENEFICIARIA
- Nº TARXETA SANITARIA
- PERCEPTOR DUNHA PENSIÓN NO ESTRANXEIRO (É necesario que achegue certificación bancaria no que figure a pensión percibida)

TIPO DE PRESTACIÓN

CUANTÍA DO ANO EN CURSO

NÚMERO DE PAGAS

A PERSOA SOLICITANTE VIVE EN DOMICILIO PARTICULAR

UNIDADE DE CONVIVENCIA

(Neste apartado consignaranse os datos do cónxuxe, parella de feito, ascendentes, fillos/as menores de 25 anos ou maiores de 25 anos con discapacidade que dependan economicamente do solicitante. A comprobación dos datos dos convivintes que se relacionan a continuación será obxecto de consulta pola propia administración pública. Para poder realizar dita consulta é necesario achegar cuberto e asinado o Anexo II. - Comprobación dos datos da unidade de convivencia)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE	DATA NACEMENTO	PARENTESCO	SOLICITARON RECOÑECEMENTO DE DEPENDENCIA	CERTIFICADO DE DISCAPACIDADE
						<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
						<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
						<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
						<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
						<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
						<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON

OUTRAS PERSOAS SIGNIFICATIVAS (Rede de apoio informal)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE	DATA NACEMENTO	Parentesco/tipo de relación (Vecindade, amizade...)

A VIVENDA
TIPO DE VIVENDA

Vivenda Unifamiliar Piso /Apartamento Outros. Especificar

RÉXIME DE POSESIÓN

Propiedade Alugueiro Outros. Especificar

ENTORNO

Urbano Zona Marxinal Rural Rural illado

ACCESIBILIDADE A SERVIZOS E RECURSOS

Boa Regular Mala

HABITABILIDADE (Barreiras arquitectónicas, goteiras, falta de luz natural...)

Barreiras arquit. no acceso á vivenda Barreiras arquit. no interior da vivenda Deteriorada (goteiras, humidade, ...) Ameaza ruína Aceptable

CONTA CON EQUIPAMENTOS E SERVIZOS BÁSICOS (Luz, auga, gas, baño, calefacción)

Auga corrente Auga quente W.C Ducha/Bañeira Gas Electricidade
 Calefacción Teléfono

Observacións sobre a vivenda non recollidas anteriormente:

A PERSOA SOLICITANTE RESIDE EN CENTRO RESIDENCIAL

NOME DO CENTRO RESIDENCIAL

TIPO

NOME DA VÍA

NÚM.

BLOQ.

ANDAR

PORTA

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

CONCELLO

LOCALIDADE

TELÉFONO 1

TELÉFONO 2

CORREO ELECTRÓNICO

DATOS PREVIOS DA PERSOA SOLICITANTE

Ten recoñecido o grao de discapacidade?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI	Porcentaxe	Comunidade autónoma	Ano
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ten recoñecida a necesidade de terceira persoa?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI		Comunidade autónoma	Ano
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ten recoñecida algunha incapacidade?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI		Comunidade autónoma	Ano
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ten recoñecida a situación de dependencia?	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI	Grao	Comunidade autónoma	Ano
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SERVIZOS E PROGRAMAS DOS QUE A PERSOA SOLICITANTE É USUARIA NO ÁMBITO DOS SERVIZOS SOCIAIS

Indicar o servizo ou programa do que é beneficiario a persoa solicitante:	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Teleasistencia
	<input type="checkbox"/> Axuda no fogar	<input type="checkbox"/> Promoción da autonomía persoal
	<input type="checkbox"/> Xantar na casa	<input type="checkbox"/> Transporte adaptado
	<input type="checkbox"/> Centro de día / Centro ocupacional	<input type="checkbox"/> Vivenda Tutelada
	<input type="checkbox"/> Outros (especificar):	<input type="text"/>

RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
EXPECTATIVA SOBRE O SERVIZO E PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE SOLICITA

SERVIZOS		Orde de preferencia
<input type="checkbox"/> Axuda no fogar		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servizo de atención diúrna		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servizo de atención de noite		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servizo de atención residencial	<input type="radio"/> Área xeográfica	1) <input type="text"/>
		2) <input type="text"/>
		3) <input type="text"/>
<input type="radio"/> Toda a Comunidade Autónoma de Galicia		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Servizo de promoción da autonomía persoal		<input type="text"/>

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS		Orde de preferencia
<input type="checkbox"/> Prestación vinculada ao servizo:		<input type="text"/>
PROVINCIA	CONCELLO	ENTIDADE QUE PRESTA O SERVIZO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prestación para coidados na contorna familiar:		<input type="text"/>
TIPO	NÚM.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nome e Apelidos (persoa coidadora non profesional)	<input type="checkbox"/> Parentesco (ata o 4º grao)	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Persoa da contorna	
<input type="checkbox"/> Prestación de asistencia persoal		<input type="text"/>
TIPO	NÚM.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nome e Apelidos / Razón social (profesional ou entidade que presta o servizo)		<input type="text"/>
<input type="text"/>		



A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se presentan son certos.
2. Que quedo informado/a da obriga de facilitar toda a información e os datos que me sexan requiridos e que resulten necesarios para recoñecer ou manter o dereito ás prestacións do sistema.

Para o caso de solicitar a situación de DEPENDENCIA:

1. Que me comprometo a destinar o importe da prestación á finalidade para a cal se me concedeu, así como xustificar a súa aplicación, no seu caso.
2. Que me comprometo a participar no pagamento do custo do servizo nos termos que establece a normativa vixente que os regula, no seu caso.
3. Que quedo informado/a da obriga de comunicar á dirección territorial da Consellería competente en materia de servizos sociais calquera variación da situación con respecto a aquela sobre a que se concedeu a prestación, no prazo máximo de 30 días naturais a contar desde que dita variación se produza.
4. Que quedo informado/a da obriga de comunicar á dirección territorial da Consellería competente en materia de servizos sociais, no prazo máximo de 30 días naturais, os traslados da residencia habitual, tanto os de carácter temporal superiores a 30 días ou definitivos que se produzan dentro da mesma ou diferente localidade, a outra comunidade autónoma e ao estranxeiro.
5. Que me comprometo a facilitar cantas comprobacións ou visitas ao domicilio da persoa solicitante sexan necesarias para verificar o cumprimento dos requisitos e circunstancias esixidas para ser persoa beneficiaria das prestacións.
6. Que me comprometo a facilitar o seguimento e control das prestacións, incluído o acceso ao domicilio.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE

- Anexo II** Comprobación dos datos da unidade de convivencia, de ser o caso.
1) Para determinar a situación de dependencia comprobaranse os datos do cónxuxe, parella de feito, ascendentes, fillos/as menores de 25 anos ou maiores de 25 anos con discapacidade que dependen economicamente do solicitante.

Para o caso de solicitar a situación de DEPENDENCIA:

- Anexo III** Comprobación dos datos da unidade de apoio, de ser o caso.
- Certificado de emigrante retornado expedido na Delegación do Goberno correspondente ou mediante a correspondente baixa consular (no caso de non cumprir o requisito do período de residencia)
- Documento xustificativo de percepción de pensión do estranxeiro, de ser o caso

Para o caso de solicitar a situación de DISCAPACIDADE:

- Anexo IV** Perfil de avaliación do desempeño/ Restricións na participación. BRP-QD (S)
- Tramitación prioritaria:** informes médicos e calquera documentación xustificativa que acredite as circunstancias enumeradas
- Menores de 18 anos:**
Informe psicopedagóxico do centro de escolarización para os/as menores de **entre 6 e 16 anos**.
Informe psicopedagóxico do centro no caso de estar escolarizado ou similar para os/as menores de **entre 0 e 6 anos ou entre 16 e 18 anos**

	ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO
<input type="checkbox"/> Documento acreditativo da representación da persoa que actúe como representante, no seu caso			



COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
DNI/NIE da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
DNI/NIE da persoa representante ou gardador/a de feito	<input type="checkbox"/>
Certificado de empadramento actual	<input type="checkbox"/>
Certificado de residencia legal no caso de persoas estranxeiras	<input type="checkbox"/>
Para o caso de solicitar a situación de DEPENDENCIA:	
Certificado de nacemento do rexistro civil, no caso de menores de idade que non dispoñan de DNI	<input type="checkbox"/>
Certificado histórico de concellos de residencia	<input type="checkbox"/>
Certificado do grao de dependencia, no caso de expedientes trasladados doutras comunidades autónomas	<input type="checkbox"/>
Certificado do grao de discapacidade	<input type="checkbox"/>
Certificado de defunción do rexistro civil	<input type="checkbox"/>
Certificación de datos catastrais	<input type="checkbox"/>
Certificado de titularidade de bens catastrais do/a solicitante	<input type="checkbox"/>
CONSENTIMENTO PARA A COMPROBACIÓN DE DATOS A persoa interesada autoriza a consulta a outras administracións públicas dos seguintes datos. De non autorizar a consulta, deberá achegar o documento correspondente.	AUTORIZO A CONSULTA
NIF da entidade representante	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non
Historia Clínica do SERGAS	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non
Para o caso de solicitar a situación de DEPENDENCIA:	
Certificado da declaración da renda (IRPF)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non
Certificado das prestacións do Rexistro de Prestacións Sociais Públicas, incapacidade temporal e maternidade, de calquera réxime (Seguridade Social, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, ...) da persoa solicitante	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non
Certificado da Renda de inclusión social de Galicia (RISGA)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social e Igualdade.
Finalidades do tratamento	Xestión do recoñecemento do grao de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema e a xestión do recoñecemento do grao de discapacidade. Tramitar estes procedementos, verificar os datos e documentos que a persoa interesada achegue na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que se deriven e informar sobre o estado da tramitación. Así mesmo, os datos inclúiranse na Carpeta cidadá da persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal coma de carácter administrativo, así como do sistema de información de Historia Social Única Electrónica.
Lexitimación para o tratamento	Cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos derivada dunha competencia legalmente atribuída ao responsable do tratamento, así como o cumprimento de obrigas legais impostas a dito responsable, en concreto na Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, o Real Decreto 888/2022, do 18 de outubro, polo que se establece o procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade e na lei 13/2008, do 2 de decembro, de servizos sociais de Galicia. No seu caso, o consentimento outorgado pola persoa interesada.
Destinatarios dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias. Empresas que prestan o Servizo 012 Entidades que prestan os servizos do sistema de dependencia dos que é beneficiario/a Entidades bancarias colaboradoras para a xestión das prestacións económicas da dependencia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán solicitar ante o responsable do tratamento o acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos ou retirar, no seu caso, o consentimento outorgado a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en (https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos). Así mesmo, as persoas interesadas poderán retirar o consentimento previamente outorgado dirixindo a súa solicitude á Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social e Igualdade. A retirada do consentimento non afectará á licitude do tratamento baseada no consentimento previo á súa retirada.
Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información	(https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos)



LEXISLACIÓN APLICABLE

- o Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.
- o Real Decreto 888/2022, do 18 de outubro, polo que se establece o procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade.
- o Lei 13/2008, do 2 de decembro, de servizos sociais de Galicia.
- o Resolución do 31 de decembro de 2024, da Secretaría Xeral Técnica, pola que se establece o modelo normalizado de solicitude conxunta de recoñecemento da situación da dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia na comunidade autónoma de Galicia e do recoñecemento do grao discapacidade.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE, REPRESENTANTE OU TRABALLADORA SOCIAL

LUGAR E DATA

, de de

Departamento Territorial da Consellería de Política Social e Igualdade

COMPROBACIÓN DE DATOS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

Comprobación dos datos do/a conxuxe/parella de feito, ascendentes, fillos/as menores de 25 anos ou maiores de 25 anos con discapacidade que dependan economicamente do solicitante BS210A – RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO GRAO DE DISCAPACIDADE / RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

As persoas interesadas, mediante a súa sinatura, declaran ter sido informadas da incorporación dos seus datos persoais ao expediente de tramitación da situación de dependencia e da discapacidade do solicitante. No caso de menores de idade, este documento deberá ser asinado por una das persoas proxenitoras, titor/a ou representante legal; para estes efectos, presúmese que cada un dos proxenitores actúa no exercicio ordinario da patria potestade co consentimento do outro.

RELACIÓN COA PERSOA SOLICITANTE DE DEPENDENCIA	NOME E APELIDOS	DNI/NIE	COMPROBACIÓN DE DATOS	SINATURA
			<p>Os seguintes datos das persoas interesadas serán obxecto de consulta ás administracións públicas:</p> <p>DNI/NIE <input type="checkbox"/> OPÓÑOME A CONSULTA <input type="checkbox"/></p> <p>Certificado de empadrouamento actual <input type="checkbox"/></p> <p>Certificado de residencia legal no caso de persoas estranxeiras <input type="checkbox"/></p> <p>Certificado do grao de discapacidade (só no caso de solicitar dependencia) <input type="checkbox"/></p> <p>Certificado do grao de dependencia (só no caso de solicitar dependencia) <input type="checkbox"/></p> <p>CONSENTIMENTO PARA A COMPROBACIÓN DE DATOS No caso de non dar consentimento, deberá acompañar o documento correspondente: <input type="checkbox"/> AUTORIZO A CONSULTA <input type="checkbox"/></p> <p>Certificado da declaración da Renda (IRPF) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON</p> <p>Certificado das prestacións do Rexistro de Prestacións Sociais Públicas, Incapacidade Temporal e Maternidade de calquera réxime (Seguridade Social, MUFACE, ISFAS, MUJEGU, ...) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON</p> <p>Certificado da Renda de Inclusión de Galicia (RISGA) (só no caso de solicitar dependencia) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON</p>	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social e Igualdade.
Finalidades do tratamento	Xestión do recoñecemento do grao de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema. Tramitar este procedemento, verificar os datos e documentos que a persoa interesada achegue na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que se deriven e informar sobre o estado da tramitación. Así mesmo, os datos incluíranse na Carpeta cidadá da persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal coma de carácter administrativo.
Lexitimación para o tratamento	Cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos derivada dunha competencia legalmente atribuída ao responsable do tratamento, así como o cumprimento de obrigas legais impostas a dito responsable, en concreto na Lei 39/2006 de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, e o Decreto 142/2023 polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. No seu caso, o consentimento outorgado pola persoa interesada.
Destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias. Empresas que prestan o Servizo 012. Entidades que prestan os servizos do sistema de dependencia dos que é beneficiario/a. Entidades bancarias colaboradoras para a xestión das prestacións económicas da dependencia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán solicitar ante o responsable do tratamento o acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos ou retirar, no seu caso, o consentimento outorgado a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos . Así mesmo, as persoas interesadas poderán retirar o consentimento previamente outorgado dirixindo a súa solicitude á Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social e Igualdade. A retirada do consentimento non afectará á licitude do tratamento baseada no consentimento previo á súa retirada.
Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos

Lugar e data

 , de de

COMPROBACIÓN DE DATOS DA REDE DE APOIO

BS210A - RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO GRAO DE DISCAPACIDADE / RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Las personas interesadas, mediante su firma, declaran haber sido informadas de la incorporación de sus datos personales al expediente de tramitación de la situación de dependencia y de la discapacidad del solicitante. En caso de que las personas interesadas se opongan a dicha comprobación, deberán indicarlo y señalar los motivos de dicha oposición en el recuadro correspondiente.gualdad. La retirada del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento basada en el consentimiento previo a su retirada.

RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE DE DEPENDENCIA	NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE	COMPROBACIÓN DE DATOS		FIRMA
			Los siguientes datos de las personas interesadas serán objeto de consulta a las administraciones públicas	ME OPONGO A LA CONSULTA	
			DNI/NIE	<input type="checkbox"/>	
			Certificado de empadronamiento actual	<input type="checkbox"/>	
			Certificado de residencia legal no caso de persoas estranxeiras	<input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia. Secretaría General Técnica de la Consellería de Política Social e Igualdad.
Finalidades del tratamiento	Gestión del reconocimiento del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema. Tramitar este procedimiento, verificar los datos y documentos que la persona interesada adjunte en su solicitud para comprobar la exactitud de estos, llevar a cabo las actuaciones administrativas que se deriven e informar sobre el estado de la tramitación. Asimismo, los datos se habían incluido en la Carpeta ciudadana de la persona interesada para facilitar el acceso a la información, tanto personal como de carácter administrativo.
Legitimación para el tratamiento	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos derivada de una competencia legalmente atribuida al responsable del tratamiento, así como el cumplimiento de deberes legales impuestos a dicho responsable, en concreto en la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y el Decreto 142/2023 por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes. En su caso, el consentimiento otorgado por la persona interesada.
Destinatarias de los datos	Las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias. Empresas que prestan el Servicio 012. Entidades que prestan los servicios del sistema de dependencia de los que es beneficiario/a. Entidades bancarias colaboradoras para la gestión de las prestaciones económicas de la dependencia.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán solicitar ante el responsable del tratamiento el acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidad y supresión de sus datos o retirar, en su caso, el consentimiento otorgado a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común, según se recoge en https://www.xunta.gal/exercicio-de-derechos . Asimismo, las personas interesadas podrán retirar el consentimiento previamente otorgado dirigiendo su solicitud a la Secretaría General Técnica de la Consellería de Política Social e Igualdad. La retirada del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento basada en el consentimiento previo a su retirada.
Contacto con la persona delegada de protección de datos y más información	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos

Lugar y fecha

	,		de	de



QUEJA

SELLO DEL REGISTRO

INFORMACIÓN DE CONTACTO PERSONAL

NOMBRE:	1º APELLIDO:	2º APELLIDO:
DIRECCIÓN:	Nº:	PUERTA, PISO:
CÓDIGO POSTAL:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
PAÍS:	DNI NIF NIE PASAPORTE:	
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:	
CORREO ELECTRÓNICO:		

INFORMACIÓN RELATIVA A SU QUEJA

¿CONTRA QUE ÓRGANO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA, AYUNTAMIENTO, ENTIDAD O EMPRESA PÚBLICA DESEA PRESENTAR SU QUEJA?

¿CUAL ES EL MOTIVO DE SU QUEJA? POR FAVOR, DESCRÍBALA CON LA MAYOR PRECISIÓN

DOCUMENTOS QUE APORTA

¿HIZO ALGUNA RECLAMACIÓN O INTERPUSO ALGÚN RECURSO CONTRA LA ACTUACIÓN DESCRITA ANTERIORMENTE?	SI*	NO
	*En caso afirmativo indique el órgano:	
¿RECLAMÓ POR ESTE MISMO ASUNTO ANTE OTRA DEFENSORÍA AUTONÓMICA O AL VALEDOR DO POBO?	SI*	NO
	*En caso afirmativo indique el órgano:	
¿ALGÚN JUZGADO O TRIBUNAL DICTÓ SENTENCIA O TIENE EN TRÁMITE ALGÚN PROCEDIMIENTO CONTRA LA ACTUACIÓN A LA QUE SE REFIERE EN LA QUEJA?	SI*	NO
	*En caso afirmativo indique el órgano:	

Con el envío del presente formulario hago DECLARACIÓN RESPONSABLE de la suscripción personal de la queja para los efectos de lo previsto en el artículo 18.1 de la ley 6/1984, de 5 de junio, de la Valedora do Pobo, y de que los datos aportados son ciertos. La falsedad en la declaración responsable respecto de la suscripción de la queja y los datos puede dar lugar a las responsabilidades que se prevén para este tipo de comportamientos

FIRMA:	FECHA:
 ACEPTO LAS CONDICIONES DE LA LOPD (MARCAR)	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento: Valedor do Pobo | **Encargado del tratamiento:** Coordinador/a General de la Institución | **Finalidades del tratamiento:** Registro y gestión de procedimientos de queja | **Base jurídica:** Cumplimiento de una obligación legal | **Período de conservación de los datos:** Indefinido | **Recogida de datos:** Escritos presentados por el interesado en texto libre, formularios cubiertos por el interesado, remisión del expediente por otra Administración | **Cesiones de datos:** Las Administraciones con competencia en la materia objeto de la queja | **Ejercicio de derechos:** Las personas interesadas podrán acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como ejercitar otros derechos a través del Registro del Valedor do Pobo (Rúa do Hórreo 65, 15701, Santiago de Compostela) o del correo electrónico registro@valedordopobo.gal | **Delegado de protección de datos:** santiago@valedordopobo.gal

AL ÓRGANO QUE DICTÓ LA RESOLUCIÓN (si es recurso de reposición o o al órgano superior jerárquico, si se trata de recurso de alzada)

D./D^a _____
mayor de edad, con DNI nº _____, y domicilio a efectos de notificaciones en _____,
actuando en su propio nombre / en representación de _____,
según acredito, comparezco y como mejor proceda en Derecho,

DIGO

Que, en fecha ___ de _____ de 20___, me ha sido notificada **Resolución dictada por _____**, por la que **se deniega / limita / interrumpe la continuidad asistencial en materia de salud mental**, resolución que **no es conforme a Derecho**, por lo que, dentro del plazo legalmente establecido, **interpongo RECURSO DE [ALZADA / POTESTATIVO DE REPOSICIÓN]**, con base en los siguientes,

HECHOS

PRIMERO. – Situación clínica y asistencial

La persona interesada se encuentra/ ha sido diagnosticadaTras ingreso hospitalario, actualmente se encuentra en seguimiento por los servicios públicos de salud mental del Servizo Galego de Saúde, presentando un cuadro clínico que requiere atención continuada, tal como se acredita con los informes médicos que se adjuntan como DOCUMENTO 1.

SEGUNDO. – Actuaciones administrativas previas

En fecha ___ de _____ de 20___, se solicitó expresamente la continuidad asistencial / mantenimiento del recurso / seguimiento especializado, por resultar necesario para garantizar la adecuada atención sanitaria y evitar situaciones de desprotección o riesgo.

TERCERO. – Resolución impugnada

Mediante Resolución de fecha ___ de _____ de 20___, notificada el ___ de _____ de 20___, la Administración acuerda denegar / cesar / no reconocer la continuidad asistencial solicitada, sin motivación suficiente, sin valorar adecuadamente la situación clínica ni las consecuencias de la interrupción del tratamiento.

CUARTO. – Perjuicios derivados

La resolución impugnada supone:

- Una ruptura injustificada del proceso asistencial.
- Un riesgo cierto para la salud de la persona afectada.
- Un funcionamiento anormal del servicio público sanitario, al no garantizarse la continuidad de cuidados exigida legalmente en materia de salud mental.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

I. Competencia y procedimiento

Este recurso se interpone al amparo de los artículos 112 y siguientes de la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, siendo competente el órgano al que se dirige.

II. Vulneración del derecho a la protección de la salud

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud, imponiendo a los poderes públicos la obligación de organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas y prestaciones necesarias.

Este derecho resulta especialmente reforzado en el ámbito de la salud mental, donde la continuidad asistencial es un elemento esencial del tratamiento.

III. Infracción de la normativa sanitaria aplicable

La resolución impugnada vulnera los principios de Continuidad asistencial y Atención integral reconocidos en la normativa sanitaria estatal y autonómica, así como en la organización del sistema público de salud de Galicia.

IV. Falta de motivación y arbitrariedad

La resolución recurrida no contiene una motivación suficiente, limitándose a una respuesta genérica, sin valoración individualizada de la situación clínica ni de las consecuencias asistenciales de la denegación, infringiendo el artículo 35 de la Ley 39/2015.

V. Funcionamiento anormal de la Administración

La interrupción o negativa injustificada de la continuidad de cuidados constituye un funcionamiento anormal del servicio público sanitario, al apartarse de los estándares exigibles en la atención en salud mental, generando una situación de desprotección contraria a Derecho.

Por lo expuesto,

SOLICITO

Que, teniendo por presentado este escrito, se sirva admitirlo y, en su virtud tenga por interpuesto RECURSO DE [ALZADA / REPOSICIÓN] contra la Resolución de fecha ___ de _____ de 20__ y **revoque íntegramente la resolución impugnada**, reconociendo el derecho a la **continuidad asistencial en salud mental**, en los términos clínicos y asistenciales.

En Lugar y fecha.



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá realizar el trámite en <https://run.gob.es/tramites> o presentar un ejemplar firmado por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en <https://run.gob.es/trdcita>

1.- PRESTACIÓN SOLICITADA (señálese con una cruz X)

PRESTACIONES ECONÓMICAS	PRESTACIONES SANITARIAS
<input type="checkbox"/> Incapacidades derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Gastos de sepelio derivados de accidente sea o no escolar y enfermedad <input type="checkbox"/> Infortunio familiar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fallecimiento del cabeza de familia <input type="checkbox"/> Ruina o quiebra económica <input type="checkbox"/> Prórrogas 	<input type="checkbox"/> Derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Tuberculosis pulmonar y ósea <input type="checkbox"/> Tocología <input type="checkbox"/> Neuropsiquiatría: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Internamiento completo <input type="checkbox"/> (Internamiento) hospitalización de día <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Prórrogas <input type="checkbox"/> Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, riñón artificial, etc.

2.- DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI - NIE	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nombre del padre	Nombre de la madre	Fecha de nacimiento
Nº de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario			¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Domicilio: (calle, plaza ...)				Número	Bloque
				Escalera	Piso
				Puerta	
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico			

3.- DATOS ACADÉMICOS

Carrera o especialidad	Curso
Centro docente	Localidad

4.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO

PROGENITOR TUTOR (sólo en gastos de sepelio) CÓNYUGE
 GUARDADOR CURADOR O FAMILIAR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI - NIE		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Domicilio: (calle, plaza ...)				Número	Bloque
				Escalera	Piso
				Puerta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad

Apellidos y nombre:	DNI-NIE
---------------------	---------

5.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PERSONA JURÍDICA

NIF	Denominación							
Domicilio: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Nº. de Teléfono
Código postal	Localidad		Provincia					

6.- DOMICILIO DE COMUNICACIONES **ESTUDIANTE** **SOLICITANTE**

Domicilio: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Nº. de teléfono
Código postal	Localidad		Provincia					
Si desea recibir información por correo electrónico, indíquelo					Si desea recibir información por un SMS, indique su móvil			
LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:								

7.- PARTE DE ACCIDENTE ESCOLAR (cumplimentado por el centro de estudios)

D/D.ª:, con DNI:, que ostenta el cargo de: en el centro:, sito en la c/..... de, informa del accidente escolar sufrido por el estudiante de este centro, D/D.ª:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha	Hora	Lugar	<input type="checkbox"/> En el centro docente <input type="checkbox"/> En lugar distinto (indíquese): <input type="checkbox"/> Al ir o volver al centro	
Descripción del accidente y de la actividad escolar que realizaba, causas y circunstancias que lo motivaron:				
La actividad que estaba desarrollando, ¿está autorizada u organizada por el centro docente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
TESTIGOS DEL ACCIDENTE				
Nombre y apellidos		Domicilio		Teléfono
Nombre y apellidos		Domicilio		Teléfono
MÉDICO QUE EFECTÚA LA PRIMERA CURA Y/O CENTRO SANITARIO AL QUE HA SIDO TRASLADADO				
Nombre y apellidos del facultativo		Domicilio de la consulta		Teléfono
Denominación del centro		Domicilio del centro		Teléfono

....., a de de 20

Firma y sello,

Firmado:

Apellidos y nombre:	DNI-NIE	③
---------------------	---------	---

8.- DATOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR, INCLUIDO EL SOLICITANTE
(para la prestación de infortunio familiar)

Parentesco con el solicitante	Nombre y apellidos	DNI-NIE	Ingresos
TOTAL			

9.- A CUMPLIMENTAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ESTUDIANTE

Parentesco con el estudiante fallecido	Nombre y apellidos	DNI-NIE

10.- HA SOLICITADO/PERCIBIDO LA PRESTACIÓN QUE SOLICITA EN OTRA PROVINCIA

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Provincia Periodo reconocido
--

11. ALEGACIONES

20241010

SE-1 cas V20

Apellidos y nombre:	DNI-NIE
---------------------	---------

12.- COBRO DE LA PRESTACIÓN (a cumplimentar siempre que se trate de prestaciones económicas o prestaciones sanitarias facilitadas por centros NO autorizados)

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)											
BIC:											
Código IBAN (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC									
		ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA						
TITULAR DE LA CUENTA: ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>											
Primer apellido			Segundo apellido			Nombre			DNI-NIE		
Núm. de teléfono		Domicilio: (calle, plaza ...)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal		Localidad			Provincia						

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

- SÍ doy mi consentimiento**
 NO doy mi consentimiento

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

- SÍ doy mi consentimiento**
 NO doy mi consentimiento

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

..... a de de 20

Firma del solicitante

Si va a presentar esta solicitud por internet no es necesario que firme este formulario

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE



A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación de su expediente:

Funcionario de contacto:

Apellidos y nombre: DNI - NIE ⁵



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:

- 1 DNI DOCUMENTO ACREDITATIVO DE IDENTIDAD
 - Estudiante
 - Progenitor
 - 2 Libro de Familia
 - 3 Título Familia Numerosa
 - 4 Certificado del Centro de Estudios
 - 5 Resguardo impreso de la matrícula
 - 6 Justificante abono cuota seguro escolar
 - 7 Justificante abono de la cuota curso anterior
 - 8 Parte accidente escolar
 - 9 Certificado médico incapacidad
 - 10 Informe médico fallecimiento a causa de enfermedad
 - 11 Certificado de defunción
 - 12 Justificante familiares a cargo
 - 13 Justificante de ruina o quiebra
 - 14 Estructura o plan de carrera
 - 15 Justificante aprovechamiento académico
 - 16 Solicitud de continuación de neuropsiquiatría
 - 17 Certificado médico baja
 - 18 Certificado médico de alta
 - 19 Certificado médico asistencia sanitaria
 - 20 Informe de urgencia médica
 - 21 Historial médico
 - 22 Facturas
 - 23 Documento acreditativo de ingresos
 - 24 Informe justificativo del médico psiquiatra que acredite no haber podido matricularse
 - 25 Para todas las prestaciones excepto para prestaciones derivadas de accidente escolar, infortunio por fallecimiento de cabeza de familia y tocología:
 - 1º curso incluido SE: Certificado del colegio que acredite curso anterior.
 - Resto de los casos: Justificante de abono de la cuota del curso anterior.
 - 26 Otros documentos
- Ciudadanos de la U.E /E.E.E o Suiza :**
- 27 Certificado de registro de ciudadano de la Unión o
 - 28 Certificado del derecho a residir con carácter permanente o
 - 29 Documento de Identidad en vigor

- Miembros de la familia de un ciudadano de la U.E/E.E.E o Suiza que no ostenten la nacionalidad de uno de dichos Estados:**
- 30 Tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión o
 - 31 Resguardo acreditativo de la presentación de la solicitud de la tarjeta
- No nacionales de la U.E. /E.E.E. o Suiza que residan en territorio nacional**
- 32 Tarjeta de identidad de extranjeros (TIE)
 - 33 Autorización residencia temporal
 - 34 Autorización residencia permanente
- En supuestos de tutela:**
- 35 DNI tutor
 - 36 Resolución judicial por la que se constituye la tutela
 - 37 Documento de toma de posesión del tutor o
 - 38 Aceptación del cargo de tutor
- En supuestos de guarda de hecho:**
- 39 Resolución administrativa de constitución de la guarda o
 - 40 Acta de notoriedad tramitada ante notario o
 - 41 Declaración del juez de la existencia de la guarda o
 - 42 Declaración del guardador
- En supuestos de curatela:**
- 43 Resolución judicial mediante la que se constituye la curatela y
 - 44 Documento de toma de posesión del curador o
 - 45 Aceptación del cargo de curador
- En supuestos de persona jurídica:**
- 46 (NIF) de la entidad solicitante
 - 47 Poder notarial o nombramiento por el que se otorga la representación legal
- Uno de estos documentos**
- 48 Documento acreditativo de la entidad pública que tenga encomendada la protección del menor o
 - 49 Apoderamiento en los casos de menores en acogida.

Recibi Firma

PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SEGURO ESCOLAR

En todo momento puede usted solicitar asesoramiento y apoyo de nuestro personal de atención al público.

1. **PRESTACIÓN SOLICITADA.**- Cruce con un aspa (X) la/s casilla/s correspondiente/s. (La prestación debe ser solicitada por el estudiante y si es menor de edad por el progenitor o tutor)
- 2 y 3. **DATOS PERSONALES Y ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE.**- Cumplimentar para todas las prestaciones, rellenando todos los apartados. En la casilla del núm. de afiliación a la Seguridad Social deberán consignar el mismo, indicando con un aspa si es en condición de titular o beneficiario.
4. **SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PROGENITOR/TUTOR/GUARDADOR/CURADOR DEL ESTUDIANTE**
Consigne todos los datos en los supuestos en que el estudiante sea menor de edad y cruce con un aspa (X) si es progenitor, tutor, guardador, curador y en los supuestos de gastos de sepelio cónyuge o familiar.
5. **SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PERSONA JURÍDICA.**- Consigne todos los datos.
6. **DOMICILIO DE COMUNICACIONES:** Indique el domicilio a dónde tienen que ir las comunicaciones.
7. **PARTE DE ACCIDENTE.**- A cumplimentar por el centro docente.
8. **DATOS DE LOS FAMILIARES QUE CONVIVEN CON EL SOLICITANTE.**- Consigne todos los datos para la prestación de infortunio familiar.
9. **A CUMPLIMENTAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ESTUDIANTE.** Consigne todos los datos.
10. **HA SOLICITADO/PERCIBIDO LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA EN OTRA PROVINCIA.** Consigne todos los datos.
11. **ALEGACIONES.**- Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no lo vea recogido en el formulario, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
12. **DATOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN (A CUMPLIMENTAR SIEMPRE QUE SE TRATE DE PRESTACIONES ECONÓMICAS O PRESTACIONES SANITARIAS FACILITADAS POR CENTROS NO AUTORIZADOS).**- Cruce con un aspa la casilla de la modalidad de cobro por la que desea que se le abone su prestación una vez reconocida.

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA: Consigne todos los datos.

PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN(*)

EXHIBICIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN VIGOR

1. EN TODOS LOS CASOS

- **Españoles:** Documento Nacional de Identidad (DNI).
- **Extranjeros:**
 - Ciudadanos de la U.E /E.E.E. o Suiza:
 - Certificado de registro de ciudadano de la Unión o
 - Certificado del derecho a residir con carácter permanente y
 - Con pasaporte o
 - Documento de Identidad en vigor. (arts. 7.1 y 10.1 RD 240/2007, de 16 de febrero).
 - Miembros de la familia de un ciudadano de la U.E/E.E.E o Suiza que no ostenten la nacionalidad de uno de dichos Estados:
 - Tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión o
 - Resguardo acreditativo de la presentación de la solicitud de la tarjeta. (arts. 8 y 10.3 RD 240/2007, de 16 de febrero).
 - No nacionales de la U.E./E.E.E. o Suiza que residan en territorio nacional:
 - Tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o
 - Autorización residencia temporal o
 - Autorización residencia permanente.

PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN VIGOR

- a) Estudiantes no universitarios:** Certificado del centro de estudios donde se especifique el curso que realiza así como el abono de cuotas del Seguro Escolar, salvo que el estudiante, no esté matriculado por continuar en situación de enfermedad (neuropsiquiatría).
- b) Estudiantes universitarios:** Resguardo del impreso de la matrícula en que conste la facultad, el curso, las asignaturas y el pago de la cuota del Seguro Escolar, resguardo del abono de la matrícula y de las tasas académicas salvo que el estudiante no esté matriculado por continuar en situación de enfermedad (neuropsiquiatría).
- c) Estudiantes no universitarios y universitarios:** Informe original justificativo por un médico psiquiatra (prestaciones de neuropsiquiatría) que acredite que no ha podido matricularse por continuar en situación de enfermedad.

2. SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO:

2.1 PROGENITOR O TUTOR DEL ESTUDIANTE:

- DNI del progenitor/tutor original.
- Libro de familia.
- Resolución judicial por la que se constituya la tutela y
- Documento de toma de posesión del tutor o
- Aceptación del cargo de tutor.

2.2 PERSONA JURIDICA:

- Número de Identificación Fiscal (NIF), de la entidad solicitante original.
- Poder notarial o nombramiento por el que se otorga la representación legal.

Uno de estos documentos:

- Documento acreditativo de la entidad pública a la que está encomendada la protección de menores o
- Apoderamiento en los casos de menores en acogida.

2.3 EN SUPUESTOS DE GUARDA DE HECHO:

- Resolución administrativa de constitución de la guarda o
- Acta de notoriedad tramitada ante notario o
- Declaración del juez de la existencia de la guarda o
- Declaración del guardador.

2.4 EN SUPUESTOS DE CURATELA:

- Resolución judicial mediante la que se constituye la curatela y
- Documento de toma de posesión del curador o
- Aceptación del cargo de curador.

PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

PRESTACIONES SANITARIAS

3. Derivadas de accidente escolar:

- a) Parte de accidente escolar, que se cumplimentará en el punto 7 de la solicitud.
- b) Certificado médico de baja.

4. Cirugía, toxicología, neuropsiquiatría y tuberculosis pulmonar y ósea: Certificado médico en el que conste: facultativo que vaya a prestar la asistencia médica con referencia del núm. de colegiado, domicilio del centro o consulta, especialidad, fecha y centro hospitalario del ingreso en su caso, diagnóstico, tratamiento prescrito y tiempo aproximado necesario para su curación. Este certificado podrá sustituirse por el informe de urgencia médica, cuando proceda. Para neuropsiquiatría, el psiquiatra debe señalar diagnóstico según las clasificaciones internacionales DSM-III-R o CIE/1, la descripción breve del estado actual del paciente, el tratamiento farmacológico y terapia psicológica indicada. Puede ser oportuno que corresponda tanto al psicólogo clínico como a los psiquiatras la prescripción y la aplicación de sesiones de psicoterapia, siempre que el psicólogo clínico esté en posesión del título de **Licenciado/Graduado en Psicología y especialidad en psicología clínica acreditada vía PIR (Psicólogo Interno Residente) regulado por la Orden SAS/1620/2009, del 2 de junio de 2009.**

5. Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, riñón artificial: Además de lo indicado en el punto anterior, un historial médico que motive la solicitud, indicando número de sesiones, tipo de éstas y el presupuesto total del tratamiento.

La solicitud de todas las prestaciones recogidas en los puntos 3, 4 y 5 de este apartado será previa a la asistencia médica para el reconocimiento del derecho. Solamente en los casos de extrema urgencia, acreditada por el facultativo, podrá presentarse en el plazo de cinco años.

6. Prestaciones sanitarias de neuropsiquiatría y sus prórrogas y accidente en centros no concertados: Presentación de las facturas originales justificativas de los gastos, con referencia al nº de factura, nombre y apellidos o razón social, NIF, CIF y en su caso nº de colegiado del expedidor, nombre y apellidos, DNI del destinatario. Las facturas contendrán la descripción del acto médico y su valoración económica, debiendo figurar el detalle de los conceptos, relación y precio de cada acto médico, lugar y fecha de emisión. Para las prórrogas de la prestación de neuropsiquiatría se debe aportar este mismo modelo marcando la casilla de prórrogas dentro del apartado de neuropsiquiatría.

Acreditación de la persona que ha hecho efectivo el pago de la factura.

7. Para todas las prestaciones sanitarias de cirugía, neuropsiquiatría, tuberculosis pulmonar ósea y las prestaciones gratificables de fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, riñón artificial, se solicitará de forma obligatoria uno de los siguientes documentos excluyentes entre sí: Si se trata del primer curso incluido en el ámbito de estudios del seguro escolar: “certificado del colegio que acredite el curso anterior”. Para el resto de los casos: “justificante de abono de la cuota del curso anterior”.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

8. Indemnizaciones por infortunio familiar.- Libro de familia y título de familia numerosa cuando se ostente esta condición.

Fallecimiento del cabeza de familia.- Certificado de defunción.

Ruina o quiebra.- Documentos que acrediten claramente el hecho causante de la ruina o quiebra así como la fecha en que sucedió.

Prórroga de la prestación de infortunio familiar.- Documento acreditativo de las materias cursadas durante el año académico anterior, con el fin de comprobar el aprovechamiento del curso. Documento acreditativo de ingresos.

9. Indemnizaciones por incapacidades derivadas de accidente escolar.- Parte de accidente escolar. Certificado médico que especifique el proceso evolutivo e indique las secuelas definitivas, así como la disminución de la capacidad del accidentado, en orden a los estudios que realizaba.

10. Indemnizaciones por gastos de sepelio derivados de accidente sea o no escolar y enfermedad:

- a) Parte de accidente (sólo si es accidente escolar).
- b) En caso de fallecimiento por enfermedad, informe médico en el que se haga constar que el afiliado víctima de enfermedad ha fallecido a consecuencia de la misma en los dos años siguientes a la fecha en que la contrajo y que la imposibilidad de continuar los estudios ha durado hasta su muerte.
- c) Certificado de defunción tanto para accidente como enfermedad.

11. Para todas las prestaciones económicas, excepto para las prestaciones derivadas de accidente escolar e infortunio por fallecimiento del cabeza de familia: se solicitará de forma obligatoria uno de los siguientes documentos excluyentes entre sí: Si se trata del primer curso incluido en el ámbito de estudios del seguro escolar: “certificado del colegio que acredite el curso anterior. Para el resto de los casos: “justificante de abono de la cuota del curso anterior”.

(*) Si los documentos han sido emitidos por organismos extranjeros, será necesario que cumplan los requisitos de legalización para ser válidos en España.

PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 90 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial o, en su caso, desde que haya aportado los documentos requeridos.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del día 11).

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá exhibirlos o presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el día siguiente al que recibe la notificación.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Si en la solicitud no se aportan los documentos 1 al 2.4, se entenderá que desiste de su petición de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE de 2-10-2015). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.
- Resto de documentos 3 a 11, se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para calcular correctamente su prestación. Su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 77 de la misma Ley 39/2015.

RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos declarados, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otro tipo de rentas de usted o su cónyuge), familiar (cambio de estado civil, defunciones, etc.) o de su domicilio (de residencia, fiscal) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o a un Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto.

Si va a enviar por correo postal esta solicitud, puede aportar fotocopia de la documentación solicitada.

Si desea que las notificaciones que le remite la Seguridad Social se realicen a partir de ahora tan solo por medios electrónicos, comuníquenoslo en el servicio de desistimiento del canal postal en <http://run.gob.es/sckwao>.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?</i></p> <p>Instituto Nacional de la Seguridad Social C/ Padre Damián, 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	<p><i>¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?</i></p> <p>Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Infanta Mercedes, 31 - 3ª Planta CP 28020 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Para qué utilizaremos sus datos?</i></p> <p>Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.</p> <p>El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.</p> <p>Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.</p>
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?</i></p> <p>El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS).</p> <p>Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.</p>
DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS	<p><i>¿A quién comunicaremos sus datos?</i></p> <p>Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.</p> <p>Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.</p>
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	<p><i>¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?</i></p> <p>Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.</p> <p>Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.</p>
PROCEDENCIA	<p><i>¿Cómo obtenemos sus datos personales?</i></p> <p>Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.</p>

SOLICITUDE DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	
DATOS DO PACIENTE	
Nome e apelidos	
DNI	CIP tarxeta sanitaria
Domicilio	
Concello	C.P.
Teléfono de Contacto	
Documentación acreditativa presentada	<input type="checkbox"/> Orixinal e copia do DNI
DATOS DO SOLICITANTE (de ser distinto do paciente)	
Nome e apelidos	
DNI	
Domicilio	
Concello	C.P.
Teléfono de Contacto	
Condición/documentación acreditativa presentada	
<input type="checkbox"/> Representante legal/apoderado do paciente: Orixinal e copia do DNI do solicitante; Orixinal e copia de certificación da representación legal ou de escritura notarial de apoderamento. <input type="checkbox"/> Autorizado do paciente: Orixinal e copia do DNI do solicitante; Copia do DNI do paciente representado; Orixinal de autorización do Paciente. <input type="checkbox"/> Pai/nai de menores de 16 anos titulares da patria potestade do menor: Orixinal e copia de DNI do proxenitor; Orixinal e copia do libro de familia/certificado de nacemento. <input type="checkbox"/> Titor legal de menores de 16 anos/ persoas incapacitadas: Orixinal e copia do DNI do titor legal; Orixinal e copia da sentenza xudicial de designación de titor legal.	<input type="checkbox"/> Parente paciente falecido: Orixinal e copia de certificado de defunción (de non ter falecido en centros hospitalarios da ASSCB); Orixinal e copia do DNI do solicitante; Orixinal e copia da documentación acreditativa do parentesco ou vinculación co falecido (libro de familia/certificado de inscrición no rexistro de parellas de feito/ certificado de convivencia/ testamento/ outra documentación admitida en dereito acreditativa do vínculo familiar ou de feito). <input type="checkbox"/> Por un terceiro, por situación de risco obxectivo para a saúde: Orixinal e copia de DNI de interesado; motivación científico- técnica da situación de risco.
MOTIVACIÓN DA SOLICITUDE Coñecer os motivos da súa solicitude permitirá proporcionarlle a documentación axeitada ás súas necesidades	DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SOLICITADA
<input type="checkbox"/> Atención noutro centro <input type="checkbox"/> Trámites relacionados coa saúde <input type="checkbox"/> Motivos persoais <input type="checkbox"/> Outros: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Se o considera necesario, amplíe a información sobre os motivos da solicitude.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Tipo de asistencia <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización Data da prestación sobre a que se solicita a documentación: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Documentación: <input type="checkbox"/> Informe de seguimento/ alta en AP <input type="checkbox"/> Informe de urgencias PAC <input type="checkbox"/> Informe de urgencias hospitalarias <input type="checkbox"/> Informe de seguimento/ alta en consultas externas <input type="checkbox"/> Informe valoración probas diagnósticas/exploracións <input type="checkbox"/> Informe de anestesia <input type="checkbox"/> Informe de quirófano/ rexistro de parto <input type="checkbox"/> Informe de alta de episodio de atención <input type="checkbox"/> Informe de autopsia <input type="checkbox"/> Outros(detallar): <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>Nos termos do artigo 69 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, 26 de novembro, do procedemento administrativo común das Administracións Públicas e, DECLARO RESPONSABLEMENTE que os datos expostos nesta solicitude son certos, cumprindo os requisitos para o Exercicio do dereito de acceso á información clínica solicitada, acreditados coa documentación aportada. De conformidade co previsto na Lei estatal 41/2002, de 14 de novembro, e na Lei galega 3/2001, de 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes (versión consolidada), SOLICITO COPIA DA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA INDICADA NA SOLICITUDE.</p>	
SINATURA:	DATA:

A CUMPRIMENTAR POLO CENTRO

COMPROBACIÓN DE REQUISITOS DA SOLICITUDE

Data de recepción da solicitude:

ACEPTADA

NON ACEPTADA. Motivo

Profesional que efectúa a comprobación:

Centro de traballo:

A CUMPRIMENTAR POLO CENTRO E O PETICIONARIO NA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

En data / / efectúase entrega de copia da documentación clínica solicitada a D./Dna. , previa acreditación da súa identidade.

Soporte papel

Copia informática DVD nº

**Identificación (nome e apelidos)
do profesional. que efectúa a entrega**

Recibín (sinatura e DNI)

Anexo I -Documento de solicitude
MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA A SOLICITUDE DA TARXETA SANITARIA OU DOCUMENTO DE PRESTACIÓN DA ASISTENCIA SANITARIA "AA" (Instrución 9/2018)

Paciente/Pai/Nai/Representante legal/Gardador_a de feito (tache o que non proceda) Don/Dona Con DNI/NIE/Pasaporte	
Solicita a tarxeta sanitaria ou documento de prestación da asistencia sanitaria "AA" de: Don/Dona Con CIP:	
<input checked="" type="checkbox"/> No momento de entregar a solicitude identificarase co DNI/NIE/Pasaporte <input checked="" type="checkbox"/> Deberá acreditar a condición de pai/nai/representante legal co: libro de familia ou documento xudicial de incapacidade do/a representado/a onde conste o seu nomeamento <input checked="" type="checkbox"/> No caso de ser gardador/a de feito declara que ten baixo a súa garda o coidado ao/á paciente anteriormente citado/a polas razóns que a continuación se expresan:..... <input checked="" type="checkbox"/> Deberá entregar a tarxeta sanitaria do/a paciente	
ASINAR NO REVERSO	
A cubrir polo servizo administrativo do centro de saúde de	
O/A paciente consta que ten asistencia sanitaria:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Selo do centro de saúde	
<i>O servizo administrativo do centro de saúde comprobará os seguintes datos do/a paciente: *se ten dereito á asistencia sanitaria pola súa condición de persoa asegurada/beneficiaria recoñecida pola Seguridade Social consultando na base de datos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ou *se recibe a prestación da asistencia sanitaria polo Servizo Galego de Saúde sen ter a citada condición</i>	
A cubrir polo/a facultativo/a do/a paciente:	
Dr/Dra con CNP	Listado informativo das patoloxías nas que é de aplicación a instrución: - Transtornos xeneralizados do desenvolvemento do espectro autista - Alzheimer - Parálise cerebral - Discapacidade intelectual grave asociada a transtornos de conduta e/ou problemas de comunicación - ELA (NON MARCAR)
Informa que D/Dnapolo seu diagnóstico é consellable que teña unha accesibilidade preferente e un acompañamento constante nas atencións sanitarias que precise.	
Sinatura e selo	Data

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS	
<i>Responsable do tratamento</i>	Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.
<i>Finalidades do tratamento</i>	A tramitación administrativa que se derive da xestión desde formulario e a actualización da información e contidos da Carpeta cidadá.
<i>Lexitimación para o tratamento</i>	O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, derivada dunha competencia legalmente atribuída ao responsable do tratamento, así como o cumprimento de requisitos legais impostos ao devandito responsable (artigo 6.1, letras c) e e), do RXP, e 8 da Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais) Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas e a Lei 4/2019, do 17 de xullo, de administración dixital de Galicia. Decreto 177/1995, do 16 de xuño, polo que se regula a tarxeta sanitaria da Comunidade Autónoma de Galicia.
<i>Destinatarios dos datos</i>	As Administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que os cidadáns poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
<i>Exercicio de dereitos</i>	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercitar outros dereitos a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
<i>Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información</i>	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos
Actualización normativa: No caso de existir diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento Xeral de Protección de Datos.	

Lugar e data

.....a.....de.....de.....

Sinatura da persoa solicitante

SOLICITUD FARMACIA GRATUITA PARA MENORES DE EDAD CON UN GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO IGUAL O SUPERIOR AL 33 %

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

¿Cuándo puede presentar esta solicitud de farmacia gratuita para menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %?

Si es progenitor, tutor, acogedor o guardador de un menor de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 % y no tiene farmacia gratuita reconocida.

¿Cómo debe cumplimentar esta solicitud?

Siempre deberá cumplimentar:

1. Los datos de la persona que realiza la solicitud que se harán constar en el apartado I. DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA.
2. Los datos del menor con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 % en el apartado II DATOS DEL MENOR CON UN GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO IGUAL O SUPERIOR AL 33 %.

En todos los supuestos la solicitud se firmará por la persona que realiza la solicitud.

Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su opción y que no ve recogido en esta solicitud, hágalo constar de la forma más breve y concisa posible en el apartado III. ALEGACIONES.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD

EN TODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad del solicitante mediante la documentación:
 - **Espanoles:** Documento nacional de identidad (DNI).
 - **Extranjeros:** Número de identificación de extranjero (NIE) o en su caso, pasaporte o documento de identidad vigente en su país.
- Acreditación de identidad del menor discapacitado mediante la documentación:
 - **Espanoles mayores de 14 años:** Documento nacional de identidad (DNI).
 - **Extranjeros:** Número de identificación de extranjero (NIE) o en su caso, pasaporte o documento de identidad vigente en su país.
- **Certificado de reconocimiento del grado de discapacidad** igual o superior al 33% de la persona con derecho a farmacia gratuita.

SI EL SOLICITANTE ES PROGENITOR, TUTOR, ACOGEDOR o GUARDADOR DEL MENOR DEBERÁ ACREDITAR TAL CONDICIÓN CON EL DOCUMENTO CORRESPONDIENTE

- **Progenitor:** libro de familia o certificado de nacimiento.
- **Tutor, acogedor, guardador:** documento expedido por la autoridad competente para acreditar la condición de tutelado o acogido legalmente.



SOLICITUD FARMACIA GRATUITA PARA MENORES DE EDAD CON UN GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO IGUAL O SUPERIOR AL 33 %

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<http://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. También puede presentar un ejemplar firmado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social previa solicitud de cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en www.seg-social.es.

I. DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
DNI - NIE - Pasaporte	Fecha de nacimiento	Teléfono móvil	Correo electrónico	

II. DATOS DEL MENOR CON UN GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO IGUAL O SUPERIOR AL 33 %

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
DNI - NIE - Pasaporte		Fecha de nacimiento		

III. ALEGACIONES

--

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

- SÍ doy mi consentimiento**
 NO doy mi consentimiento

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

....., a de de 20
Firma del solicitante

SOLICITUD FARMACIA GRATUITA PARA MENORES DE EDAD CON UN GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO IGUAL O SUPERIOR AL 33 %

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo 6.4 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto (BOE de 4 de agosto), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial o, en su caso, desde que haya aportado los documentos requeridos.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos requeridos en el bloque 1: se entenderá que desiste de su petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE del 02-10-2015).
- Documentos requeridos en el bloque 2: se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para causar el derecho, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 16/2012, de 20 de abril (BOE del día 24) y en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto (BOE de 4 de agosto).

RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos de esta solicitud, en lo referente a su situación familiar (cambio de estado civil), de su domicilio o país de residencia, debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano.

Si debe acompañar documentación junto a esta solicitud, de acuerdo con las instrucciones de este formulario, puede presentar fotocopias de la documentación solicitada por las siguientes vías: sin desplazarse a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social utilizando certificado digital o Cl@ve permanente (<http://sede.seg-social.gob.es>), por correo portal, o presencialmente en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa.

Si desea que las notificaciones que le remite la Seguridad Social se realicen a partir de ahora tan solo por medios electrónicos, comuníquenoslo en el servicio de desistimiento del canal postal en <http://run.gob.es/sckwao>.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?</i></p> <p>Instituto Nacional de la Seguridad Social C/ Padre Damián, 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	<p><i>¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?</i></p> <p>Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta CP 28004 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Para qué utilizaremos sus datos?</i></p> <p>Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.</p> <p>El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.</p> <p>Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.</p>
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?</i></p> <p>El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS; artículo 3 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; artículo 103 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios).</p> <p>Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.</p>
DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS	<p><i>¿A quién comunicaremos sus datos?</i></p> <p>Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.</p> <p>Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.</p>
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	<p><i>¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?</i></p> <p>Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.</p> <p>Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.</p>
PROCEDENCIA	<p><i>¿Cómo obtenemos sus datos personales?</i></p> <p>Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.</p>

Versión online

www.fundacionsalma.org/castellano/proyectos/Guia_cas



Guía Jurídica sobre salud mental

Se autoriza la reproducción bajo licencia Creative Commons:

CC BY-NC-SA 4.0



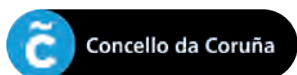
Guía JURÍDICA sobre SALUD MENTAL

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