

**EN TIEMPOS DE VULNERABILIDAD:  
Reflexión desde los  
derechos humanos**

**Ana María Marcos del Cano (editora)**





**EN TIEMPOS DE VULNERABILIDAD:  
REFLEXIÓN DESDE LOS DERECHOS HUMANOS**

---



**EN TIEMPOS DE VULNERABILIDAD:  
REFLEXIÓN DESDE LOS DERECHOS HUMANOS**

---

**ANA MARÍA MARCOS DEL CANO (ED.)**

ANA MARÍA MARCOS DEL CANO  
RAFAEL DE ASÍS  
JAVIER DE LA TORRE DÍAZ  
FERNANDO COLINA  
MANUEL DESVIAT  
RAFAEL HUERTAS  
JOSÉ LUIS REY PÉREZ  
SERGI RAVENTÓS PANYELLA  
JOSÉ MARÍA ALONSO SECO  
JOSE JEREZ IGLESIAS  
JESÚS ESTEBAN CÁRCAR BENITO  
GONZALO JOSÉ CARBONELL APARICI  
ANA MARÍA CASTRO MARTÍNEZ  
PATRICIA PUENTE GUERRERO  
MARÍA DEL VAL BOLIVAR OÑORO  
MANUEL GARCÍA ORTIZ  
RAQUEL VALLE ESCOLANO  
VERÓNICA SANTISO DOLDÁN  
MAR HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ

*Dykinson, S.L.*

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 917021970/932720407

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial  
Para mayor información, véase [www.dykinson.com/quienes\\_somos](http://www.dykinson.com/quienes_somos)

© Copyright by  
Los autores  
Madrid, 2020

© Imagen de cubierta: Itziar Pérez Ruiz

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid  
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69  
e-mail: [info@dykinson.com](mailto:info@dykinson.com)  
<http://www.dykinson.es>  
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-1324-748-9  
Depósito Legal: M-12860-2020

Preimpresión por:  
Besing Servicios Gráficos S.L.  
e-mail: [besingsg@gmail.com](mailto:besingsg@gmail.com)

Impresión:  
Copias Centro

*A los profesionales sanitarios de este país,  
en la pandemia de la COVID19*



# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>PRÓLOGO</b> .....  | 13 |
| ANA MARÍA MARCOS DEL CANO   |    |
| <b>LA VULNERABILIDAD COMO CRITERIO NORMATIVO<br/>PARA EL DERECHO Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS</b> ..... | 17 |
| ANA MARÍA MARCOS DEL CANO   |    |
| 1. <b>IMPORTANCIA EN LA ACTUALIDAD</b> .....  | 17 |
| 2. <b>LA VULNERABILIDAD EN LA BIOÉTICA</b> .....  | 20 |
| 3. <b>LA VULNERABILIDAD DE LA SOCIEDAD ACTUAL</b> .....   | 24 |
| 4. <b>VULNERABILIDAD, DIGNIDAD Y AUTONOMÍA</b> .....  | 25 |
| 5. <b>ÉTICA DEL CUIDADO Y DEL RECONOCIMIENTO:<br/>SU PROYECCIÓN JURÍDICA</b> .....                  | 30 |
| 6. <b>A MODO DE CONCLUSIÓN</b> .....  | 33 |
| <b>DERECHOS Y SITUACIONES DE VULNERABILIDAD</b> .....   | 35 |
| RAFAEL DE ASÍS  |    |
| 1. <b>SOBRE VULNERABILIDAD Y DERECHOS: ENTRE<br/>CONDICIÓN Y SITUACIÓN</b> .....                    | 36 |
| 2. <b>PROGRESO TECNOLÓGICO Y VULNERABILIDAD:<br/>RELEVANCIA DE LA CONDICIÓN</b> .....               | 38 |
| 3. <b>DISCAPACIDAD Y SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD:<br/>RELEVANCIA DE LA SITUACIÓN</b> .....          | 40 |
| 4. <b>UN BREVE APUNTE SOBRE VULNERABILIDAD Y POSICIÓN</b> .....                                     | 41 |
| <b>VULNERABILIDAD Y FINAL DE LA VIDA. GRIETAS Y HERIDAS</b> .....                                   | 43 |
| JAVIER DE LA TORRE DÍAZ   |    |
| I. <b>LAS CARAS DE LA VULNERABILIDAD A LO LARGO<br/>DE LA HISTORIA</b> .....                        | 43 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>II. VEINTE FRACTURAS Y VULNERABILIDADES EN EL FINAL DE LA VIDA .....</b>                  | <b>49</b> |
| 1. Las grietas de la limitación. La sabiduría del límite.....                                | 49        |
| 2. La grieta de la desintegración. La sabiduría de la totalidad de la vida.....              | 50        |
| 3. La grieta del agradecimiento. Leer la vida vivida .....                                   | 50        |
| 4. La grieta de los renglones torcidos y las fracturas. Soldar la vida.....                  | 51        |
| 5. La grieta de la injusticia. Saldar la vida y perdonar .....                               | 51        |
| 6. La grieta de la pérdida de los roles. La figura original .....                            | 52        |
| 7. La grieta de la avaricia. Aprender a desprenderse.....                                    | 52        |
| 8. La grieta de la desesperanza. Cultivar la confianza.....                                  | 53        |
| 9. La grieta de la incertidumbre. Lo imprevisible de la vida y la seguridad.....             | 53        |
| 10. La grieta de la soledad. La relación en tiempos de desvanecimiento.....                  | 54        |
| 11. La grieta del sentido de comunidad. El valor de la cultura, raza, religión.....          | 55        |
| 12. La grieta de la autonomía. Las fluctuaciones de voluntad y falta de autonomía.....       | 56        |
| 13. La grieta de la dependencia. El incremento de la dependencia del sistema sanitario ..... | 56        |
| 14. La grieta del dolor y el sufrimiento. La sabiduría de manejar el sufrimiento.....        | 57        |
| 15. La grieta del cansancio y falta de apoyo a los cuidados de larga duración .....          | 57        |
| 16. La grieta de la depresión.....   | 58        |
| 17. La grieta de la tentación de suicidio en situaciones de vulnerabilidad .....             | 58        |
| 18. La grieta de la insolidaridad. La sutil coacción cultural.....                           | 59        |
| 19. La grieta de la falta de afecto y el cuidado. El temor al abandono. ....                 | 60        |
| 20. La grieta de la irresponsabilidad. El temor a ser una carga.....                         | 60        |
| 21. La responsabilidad de fortalecer la autonomía de los vulnerables. ....                   | 61        |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>  | <b>62</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>DERECHOS HUMANOS Y SUFRIMIENTO PSÍQUICO .....</b>  | <b>65</b>  |
| FERNANDO COLINA, MANUEL DESVIAT, RAFAEL HUERTAS   |            |
| <b>DEL TRATAMIENTO MORAL Y SUS CONTRADICCIONES A LA CRONICIDAD EN PSIQUIATRÍA .....</b>                           | <b>68</b>  |
| <b>NUEVOS TRATAMIENTOS, NUEVAS VIOLENCIAS .....</b>   | <b>70</b>  |
| <b>EL ASALTO AL MANICOMIO. DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y SALUD MENTAL COMUNITARIA.....</b>                            | <b>74</b>  |
| <b>DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN A LA SALUD MENTAL COLECTIVA.....</b>   | <b>76</b>  |
| <b>EL PARADIGMA PSICOPATOLÓGICO.....</b>  | <b>77</b>  |
| <b>LA DÉCADA DEL CEREBRO. LA PRIVATIZACIÓN NEOLIBERAL Y EL IMPERIO DE LOS FÁRMACOS .....</b>                      | <b>78</b>  |
| <b>LOS CAMBIOS EN LAS FORMAS DE GESTIÓN Y EN EL PENSAR DE LA ÉPOCA.....</b>                                       | <b>79</b>  |
| <b>LA PSICOPATOLOGÍA DEL FUTURO .....</b>   | <b>80</b>  |
| <b>LA DIVERSIDAD MENTAL Y LOS OBSTÁCULOS A SU PLENO RECONOCIMIENTO SOCIAL.....</b>                                | <b>87</b>  |
| JOSÉ LUIS REY PÉREZ, SERGI RAVENTÓS PANYELLA  |            |
| <b>1. LA CONVENCION COMO LA NUEVA DECLARACION DE DERECHOS HUMANOS.....</b>  | <b>88</b>  |
| <b>2. LA DIVERSIDAD MENTAL COMO CUESTION DE DERECHOS: CONCEPTOS, DIFICULTADES, OBSTACULOS, REALIDADES .....</b>   | <b>90</b>  |
| 2.1. El confuso concepto de salud y enfermedad mental .....   | 90         |
| 2.2. El enfoque de derechos a la hora de hablar de la diversidad mental .....                                     | 101        |
| <b>3. LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD MENTAL.....</b>   | <b>105</b> |
| <b>4. POR UN NUEVO DERECHO DE CIUDADANÍA: LA RENTA BÁSICA UNIVERSAL.....</b>                                      | <b>108</b> |
| <b>5. A MODO DE CONCLUSIÓN.....</b>   | <b>110</b> |
| <b>EL DERECHO A LA RENTA SOCIAL BÁSICA AUTONÓMICA PARA FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD ECONÓMICA.....</b> | <b>113</b> |
| JOSÉ MARÍA ALONSO SECO  |            |
| <b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>113</b> |
| <b>2. APROXIMACIONES CONCEPTUALES .....</b>   | <b>115</b> |

|   |     |
|---|-----|
| <b>3. NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO A LA RENTA SOCIAL BÁSICA</b> .....  | 118 |
| <b>4. RETOS ACTUALES QUE PRESENTA SU RECONOCIMIENTO Y APLICACIÓN</b> .....  | 120 |
| 4.1. Necesidad de buscar una mayor confluencia en la determinación de las cuantías de la RSB .....  | 120 |
| 4.2. Ampliación del ámbito subjetivo de aplicación .....  | 121 |
| 4.3. Simplificar los requisitos de acceso y el procedimiento administrativo .....   | 122 |
| 4.4. Una renta social básica orientada a la inserción laboral .....   | 122 |
| <b>UNA ALTERNATIVA A LA ASISTENCIA SANITARIA PARA LAS PERSONAS EXTRANJERAS NO REGISTRADAS NI AUTORIZADAS COMO RESIDENTES EN ESPAÑA</b> .....        | 123 |
| JOSE JEREZ IGLESIAS   |     |
| <b>1. ANTECEDENTES</b> .....  | 123 |
| 1.1. Real Decreto Ley 16/2012 .....   | 123 |
| 1.2. Real Decreto Ley 7/2018 .....  | 125 |
| <b>2. FUNDACION ASISTENCIAL SANITARIA</b> .....   | 126 |
| 2.1. Objeto y ámbito .....  | 126 |
| 2.2. Aspectos normativos de fundaciones .....   | 127 |
| 2.3. Beneficiarios .....  | 127 |
| 2.4. Fuentes de financiación .....  | 128 |
| 2.5. Ventajas .....   | 129 |
| <b>EL ACCESO SOCIAL Y EQUITATIVO A LA INNOVACIÓN EN SALUD DE LOS VULNERABLES DENTRO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA: LOS PRINCIPIOS</b> ..... | 131 |
| JESÚS ESTEBAN CÁRCAR BENITO   |     |
| <b>1. AVANCES CIENTÍFICOS Y VULNERABILIDAD</b> .....  | 132 |
| <b>2. LA EQUIDAD EN LA INNOVACIÓN Y EL PRINCIPIO DE EFICACIA-EFICIENCIA</b> .....   | 133 |
| 2.1. La equidad en la innovación asistencial .....  | 133 |
| 2.2. El principio de eficacia y eficiencia en la controversia normativa actual de la innovación .....   | 138 |
| <b>3. LA DESMERCANTILIZACIÓN DE LOS DERECHOS A LA INNOVACIÓN EN SALUD: SU NECESIDAD</b> .....   | 138 |

|  |  |     |
|--|--|-----|
| 4.   | <b>EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA Y EL DERECHO A LA INNOVACIÓN.....</b>        | 140 |
| 5.   | <b>CONCLUSIONES .....</b>  | 142 |
| <b>LA OPCIÓN POR LA ASISTENCIA PERSONAL DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL COMO DERECHO HUMANO.....</b>  |  | 145 |
| GONZALO JOSÉ CARBONELL APARICI   |  |     |
| 1.   | <b>PRESENTACIÓN .....</b>  | 145 |
| 2.   | <b>LA CARTA INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS.....</b>                                       | 147 |
| 3.   | <b>NORMAS ESPECÍFICAS SOBRE DIVERSIDAD FUNCIONAL.....</b>                                    | 149 |
| 4.   | <b>LA CONSOLIDACIÓN DE LA ASISTENCIA PERSONAL .....</b>                                      | 150 |
| 5.   | <b>LA PRAXIS DE LA ASISTENCIA PERSONAL .....</b>   | 151 |
| 6.   | <b>CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS .....</b>   | 153 |
| <b>EDUCACIÓN INCLUSIVA EN CENTROS PENITENCIARIOS.....</b>  |  | 155 |
| ANA MARÍA CASTRO MARTÍNEZ  |  |     |
| 1.   | <b>INTRODUCCIÓN .....</b>  | 155 |
| 2.   | <b>MARCO LEGAL.....</b>  | 156 |
| 3.   | <b>MARCO CONCEPTUAL: EDUCACIÓN INCLUSIVA / GRUPOS VULNERABLES.....</b>                       | 159 |
| 4.   | <b>EDUCACIÓN INCLUSIVA EN CENTROS PENITENCIARIOS.....</b>                                    | 160 |
| 5.   | <b>CONCLUSIONES .....</b>  | 161 |
| 6.   | <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | 162 |
| <b>SINHOGARISMO Y DERECHOS HUMANOS. LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SIN HOGAR COMO COLECTIVO VULNERABLE .....</b> |  | 163 |
| PATRICIA PUENTE GUERRERO   |  |     |
| 1.   | <b>EL SINHOGARISMO EN ESPAÑA Y EUROPA.....</b>   | 163 |
| 2.   | <b>SINHOGARISMO Y DERECHOS HUMANOS .....</b>   | 166 |
|  | 2.1. Las personas en situación de sin hogar como grupo vulnerable...                         | 166 |
|  | 2.2. El derecho a la vivienda y su conexión con otros derechos .....                         | 166 |
| 3.   | <b>LA VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS SIN HOGAR DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS .....</b> | 170 |
| 4.   | <b>CONCLUSIONES .....</b>  | 176 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>SEGUROS Y DISCAPACIDAD: PASADO, PRESENTE Y FUTURO.....</b>   | <b>179</b> |
| MARÍA DEL VAL BOLIVAR OÑORO   |            |
| <b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>179</b> |
| <b>2. PASADO .....</b>  | <b>180</b> |
| <b>3. PRESENTE.....</b>   | <b>188</b> |
| <b>4. FUTURO.....</b>   | <b>191</b> |
| <b>5. CONCLUSIONES .....</b>  | <b>193</b> |
| <b>6. BIBLIOGRAFÍA .....</b>  | <b>193</b> |
| <br>  |            |
| <b>BARRERAS DE ACCESO A LA EDUCACIÓN INCLUSIVA PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: EL ACCESO EFECTIVO A LOS PRODUCTOS DE APOYO .....</b>                        | <b>199</b> |
| MANUEL GARCÍA ORTIZ   |            |
| <br>  |            |
| <b>LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO .....</b>  | <b>207</b> |
| RAQUEL VALLE ESCOLANO, VERÓNICA SANTISO DOLDÁN  |            |
| <b>I. INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO .....</b>  | <b>207</b> |
| <b>II. RECONOCIMIENTO DE DERECHOS .....</b>   | <b>209</b> |
| <b>III. CONCLUSIÓN .....</b>  | <b>214</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES .....</b>  | <b>215</b> |
| <b>REFERENCIAS LEGISLATIVAS.....</b>  | <b>215</b> |
| <br>  |            |
| <b>LA PREVALENCIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE OBRAR EN LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.....</b> | <b>217</b> |
| MAR HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ  |            |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>217</b> |
| <b>METODOLOGÍA .....</b>  | <b>219</b> |
| <b>RESULTADOS .....</b>   | <b>220</b> |
| <b>DISCUSION Y CONCLUSIONES .....</b>   | <b>221</b> |
| <br>  |            |
| <b>ANEXO TABLAS.....</b>  | <b>225</b> |

## PRÓLOGO

Escribo este prólogo cuando llevamos 43 días confinados en medio de la pandemia mundial, originada por la COVID19. Pandemia que ha modificado de golpe nuestra vida, nuestras relaciones sociales, nuestras profesiones y lo que es peor, que se ha llevado ya, al menos en España, a más de 22.000 personas, de las que sus familiares no se han podido despedir ni acompañar en el sepelio.

Las consecuencias sociales, económicas, sanitarias, políticas y jurídicas están todavía por desvelarse, pero todo presagia un vuelco en prácticamente todos los ámbitos de nuestra vida y quizá este tiempo de confinamiento sea un momento en el que pensar cada uno/a, más allá de todo, sobre su propia existencia y, por ende, sobre la sociedad que quiere construir.

Y es que nos vivimos en una situación de gran incertidumbre ante el futuro. La reflexión existencial, ética, social y político-jurídica, va de suyo en estos momentos, ¿qué es la vida? ¿Cuál es la condición de lo humano? ¿Qué quiero hacer de mi propia vida? ¿Qué cuidado soy del otro? ¿Qué responsabilidad tengo con los mayores que nos han sostenido? ¿Cómo afronta la sociedad el hacerse cargo de los colectivos más frágiles? ¿Seremos capaces de articular proyectos comunes? ¿Desde qué paradigmas? ¿Desde qué valores fundamentaremos nuestro orden jurídico-político?

Si hay algo que ha quedado patente en esta crisis originada por la COVID19 es que la *sociedad del conocimiento* no resuelve por sí misma, se necesita una cooperación, interrelación y solidaridad entre todos para que esta pandemia se pueda superar. Algo que desde muchas corrientes éticas, jurídicas y políticas se viene reclamando como la *sociedad del cuidado* (Garrau, Tronto), una responsabilidad por el otro, un reconocimiento del otro (Honneth) y por las generaciones futuras, como ya advirtiera Hans Jonas.

El individualismo “autonomista” heredado de los principios de la Ilustración, importantísimo, fundante y transformador en aquella época, se está tambaleando ahora. Es necesario dar un paso más, sin dejar atrás el principio de autonomía, esto es, la capacidad de cada persona de dirigir su vida desde sus valores y creencias, hacia lo que algunos han denominado la *autonomía relacional*, la interacción recíproca que no deja a nadie fuera, incluyendo lo que se

ha denominado *autonomía expresiva*, que va más allá de lo temático y relacional y recoge esa comunicación que también se da a través del cuerpo, cuando ya quizá las facultades cognitivas están deterioradas.

Es imprescindible traer el imperativo respecto del “otro” (Lévinas). Y en esta crisis, ese “otro” somos “todos”. Ya no son los inmigrantes, los refugiados, los colectivos desfavorecidos. La COVID2019 no entiende de colectivos vulnerables, nos ha mostrado que todos somos afectados y solos no podemos controlar nada, que nos necesitamos. Nos ha dejado en una patente vulnerabilidad y fragilidad, que debe ser tenida en cuenta para cualquier planteamiento ético, jurídico y político. Desde aquí, comprendo la vulnerabilidad como condición a todo ser humano, que antes se enraíza en la dimensión corporal de la existencia y en las necesidades. Ese será el suelo más real del que partir para cualquier propuesta, como así se ponía de relieve en algunos de los capítulos de este libro.

Esta condición de fragilidad que es la misma del “bien”, como diría Marta Nussbaum, implica una lucha, un combate, y no por ello estigmatiza a nadie, sino que esa condición de vulnerabilidad nos iguala y, a la vez, nos fraterniza, nos lanza hacia la creación de una nueva humanidad. Nos hace dignos, nos hace preguntarnos, nos planta ante cuestiones existenciales y morales, ante lo esencial.

Este libro, *En tiempos de vulnerabilidad: reflexiones desde los Derechos Humanos*, que el lector tiene ante sus ojos es el resultado del Congreso sobre “Derechos Humanos y Vulnerabilidad” organizado en la UNED en abril de 2019, por el Grupo de investigación “Derechos Humanos, Bioética y Multiculturalismo”<sup>1</sup>. Nadie presagiaba entonces que las contribuciones, tanto las generales como las ceñidas a situaciones concretas, que se fueron desgranando en aquellos días, iban a volverse en tan poco tiempo de tanta actualidad.

Así, en los primeros capítulos de carácter más general, encontramos reflexiones acerca de lo que supone la toma en consideración del principio de vulnerabilidad como criterio normativo para las políticas públicas, por la inclusión de dicho principio como condición antropológica básica de la que partir tanto en la esfera pública, como en la privada. El estudio que aborda la fragilidad de las personas mayores y de la fase final de la vida se vuelve hoy de tremenda actualidad, recoge de un modo histórico el papel de los mayores en cada época y las grietas en las que se encuentran como son, en muchos casos, el abandono, la soledad, la incertidumbre, la depresión, etc. y la situación de vulnerabilidad total en la que los ha dejado esta pandemia. Asimismo, el capítulo dedicado a las personas con discapacidad es muy sugerente, al plantearnos la comprensión de la vulnerabilidad como condición o situación.

---

1 En su página web pueden ver los resultados del Congreso, además de las publicaciones del Grupo: [www.derechoshumanosybioetica.org](http://www.derechoshumanosybioetica.org).

A continuación, encontramos la mirada simétrica de la psiquiatría hacia las personas con sufrimiento mental, en la que se defiende una creciente libertad del paciente que se aleje de toda pretensión de normalización. En este mismo sentido, en el siguiente capítulo se aboga por el establecimiento de una renta básica universal para que esa autonomía sea posible y se oriente la práctica psiquiátrica hacia una inserción en lo comunitario. Las familias vulnerables y su situación económica también son objeto de un exhaustivo estudio en el que se establece que la renta social básica que se debe a estas familias, debe estar orientada hacia una inserción laboral por la misma libertad y dignidad de cada persona. La problemática de los inmigrantes irregulares y su asistencia sanitaria conjugando el principio de universalidad y de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es objeto de un original estudio, como también lo es cómo juega el acceso a la innovación médica desde la equidad. La opción por la asistencia personal en el caso de las personas con discapacidad se presenta como un derecho humano necesario para que estas personas puedan desplegarse en todas sus potencialidades, como también lo es la accesibilidad en el mundo educativo o el mismo acceso a los seguros de los que, en muchas ocasiones, han estado excluidas. El establecimiento de las medidas necesarias para que la educación llegue a todos aquellos que, por diversas circunstancias, se hallan privados de libertad, constituye otro de los temas que recoge una vulnerabilidad concretada en una situación temporal, o cómo hay que afrontar la problemática de las personas sin hogar o los derechos de las personas adultas con síndrome de autismo. Cierra el libro un trabajo de campo sobre la prevalencia de la modificación de la capacidad de obrar en la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid.

Estos temas que configuran este libro indican que nuestro paradigma ético, jurídico y político debe girar, lo está ya haciendo en algún sentido, hacia una reciprocidad, solidaridad, reconocimiento en definitiva, hacia lo que se viene en denominar por las últimas corrientes éticas (Garrau, Tronto) la *autonomía relacional*, basándose en que la persona es constitutivamente relación, que la autonomía, para que sea tal, se fundamenta en un cuidado desde muy temprano. La autonomía no es un presupuesto, nos exige crearla desde y con los otros, no somos seres autónomos desde el primer instante, nacemos en relación y requerimos de los otros. La autonomía es un proceso que se va conquistando, también con el reconocimiento externo. Si somos sujetos corporales y relacionales, la autonomía requiere de unas condiciones previas que no están a disposición del sujeto mismo. Es lo que afirmaba P. Ricoeur, que nos hallamos en la tensión entre la paradoja de la vulnerabilidad y la autonomía. El no tener en cuenta esto, es plantarnos en una ilusión que traerá más fracaso que avance, nos alejará de nosotros mismos, de nuestra verdadera condición y de los otros.

La *sociedad del cuidado* y del *reconocimiento del otro* exige otro modo de relacionarse, otro modo de establecer los derechos, otra justicia social, donde

los valores de cuidado sean considerados como públicos, que las actividades cooperativas sean valoradas como bien social y que así se reconozca por las instituciones y no ejercido de un modo paternalista o asistencial o dominador, sino como la forma más real de relacionarnos, creando así nuevos valores, nuevos espacios de atención al otro, de responsabilidad y de receptividad.

Ana M<sup>a</sup> Marcos del Cano

*En Madrid, 24 de abril de 2020*

*43 días de confinamiento por la COVID19*

# LA DIVERSIDAD MENTAL Y LOS OBSTÁCULOS A SU PLENO RECONOCIMIENTO SOCIAL

JOSÉ LUIS REY PÉREZ

*Profesor Propio Agregado de Filosofía del Derecho  
Universidad Pontificia Comillas  
jlrey@comillas.edu*

SERGI RAVENTÓS PANYELLA

*Doctor en Sociología. Trabajador Social  
Fundación de Salud Mental Els Tres Turons de Barcelona  
sergiraventospanyella@gmail.com*

**Resumen:** En el presente capítulo se defiende la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad como la nueva declaración de derechos del siglo XXI, ya que los derechos y las situaciones de las personas con discapacidad es algo que afecta a toda la humanidad. La discapacidad psico-social o la diversidad mental es algo que tiene un largo recorrido histórico aunque nunca a nivel médico haya existido consenso en torno a qué se entiende por salud o enfermedad mental o por trastorno mental. Por ello, resulta preciso extender el enfoque social de la Convención a las personas con diversidad mental para analizar y eliminar aquellos obstáculos sociales que les impiden participar en condiciones de igualdad en la sociedad y ser víctimas de discriminaciones en muchos ámbitos de la vida y, en particular, en lo laboral. Una política pública como la Renta Básica universal e incondicionada puede ayudar a eliminar parte de los malestares psíquicos existentes hoy en la economía neo-liberal y ayudar a reorientar la práctica psicológica y psiquiátrica hacia lo comunitario y lo terapéutico, abandonando la excesiva y, en ocasiones, contraproducente sobremedicalización a la que estas personas se ven expuestas.

**Palabras clave:** derechos de las Personas con Discapacidad; salud mental; enfermedad y trastorno mental; discapacidad psico-social; psiquiatría; psicología; empleo; renta básica universal.

## 1. LA CONVENCIÓN COMO LA NUEVA DECLARACIÓN DE DERECHOS HUMANOS

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con discapacidad que aprobó la ONU en 2006 y que hasta la fecha han ratificado 177 Estados (España lo hizo en 2008) es relevante no solo por ser el primer Tratado Internacional de derechos humanos del siglo XXI, sino, sobre todo, porque modifica el enfoque y el planteamiento desde el que se venían estudiando los derechos desde la Ilustración. Por ello se puede decir, sin ambages, que en la filosofía y teoría de los derechos humanos hay un antes y un después de esta Convención. Esto es así porque la Ilustración construyó los derechos como instrumentos frente al poder (instrumentos en muchos casos contra mayoritarios que protegían a las minorías, sobre todo en los Estados constitucionales que se construyeron tras la II Guerra Mundial) partiendo de un tipo ideal de hombre blanco, heterosexual, plenamente capaz y autónomo, racional y que no necesitaba de los demás para decidir qué hacer con su vida. Este modelo liberal ha inspirado no solo la manera de comprender y conceptualizar los derechos, sino también gran parte de la manera en la que se han construido las políticas públicas, el capitalismo y nuestro modelo económico y social. Frente al trabajo de cuidado, que aporta y mucho a la sociedad en la que se realiza y que ha caído sobre los hombros de las mujeres<sup>1</sup>, se ha primado el empleo productivo que busca la acumulación de la riqueza sin preocuparse del bienestar de los ciudadanos. Las propias teorías de la justicia que en la segunda mitad del siglo XX más éxito han tenido (Rawls, Dworkin, Barry, Nozick o Hayek, da igual que fueran más o menos libertarias o más o menos igualitarias<sup>2</sup>) se han centrado en la redistribución de la riqueza dejando actuar libremente al mercado, sin centrarse en las capacidades de las personas y en cómo las capacidades son diversas y es preciso promocionarlas todas, apoyarlas todas, permitir, como dice Nussbaum, su “floreCIMIENTO”<sup>3</sup>.

En este sentido, hay dos maneras de entender la Convención. Una se reduce a entender que forma parte del proceso de especificación en el reconocimiento de derechos tal y como explicó hace años Bobbio<sup>4</sup> y que consiste en el reco-

---

<sup>1</sup> Sobre este asunto hay una extensa e interesante bibliografía; vid., como ejemplo, ROSALES NAVA, R.M.; *Trabajo, salud y sexualidad. Las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres*, Barcelona, Icaria, 2002; y LA BARBERA, M.C. y CRUELLES, M. (coord.); *Igualdad de género y no discriminación en España: evolución, problemas y perspectivas*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 2016.

<sup>2</sup> Vid., a modo de ejemplo, RAWLS, J.; *La justicia como equidad. Una reformulación*, ed. E. Kelly, Barcelona, Paidós, 2002; DWORKIN, R.; *Virtud soberana. La teoría y la práctica de la igualdad*, Barcelona, Paidós, 2003; BARRY, B.; *La justicia como imparcialidad*, Barcelona, Paidós, 1997; NOZICK, R.; *Anarquía, Estado y Utopía*, México, FCE, 1997; y VON HAYEK, F.A.; *Caminos de servidumbre*, Madrid, Alianza Editorial, 2011.

<sup>3</sup> NUSSBAUM, M.C.; *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge-London, Belnak Press, 2006.

<sup>4</sup> BOBBIO, N.; *El tiempo de los derechos*, Madrid, Sistema, 1991.

nocimiento de los derechos humanos de la Declaración de 1948 a un colectivo que ha venido sufriendo a lo largo del tiempo discriminación y obstáculos en lograr la igualdad en el ejercicio y disfrute de esos derechos. Se trata de una concreción de los derechos humanos reconocidos en la Declaración de 1948 adaptándolos a las necesidades del colectivo en particular. La Convención de los derechos con discapacidad puede verse desde el prisma de la especificación, porque no aporta ningún derecho nuevo salvo el derecho a los apoyos y ajustes razonables cuando la accesibilidad y el diseño universal fueran imposibles. No obstante, enmarcarla en la especificación de los derechos resulta algo irreal porque por mucho que la Convención apueste por el modelo social a la hora de entender la discapacidad y no por el modelo médico-rehabilitador (que todavía está presente en gran parte de nuestra legislación y en el propio artículo 49 de nuestro texto constitucional<sup>5</sup>), lo que la Convención realmente hace es ponernos frente a un espejo para mostrarnos que todos, sin excepción, somos personas con discapacidad porque no somos super-hombres y porque a lo largo de nuestra vida nos tendremos que enfrentar a ciertas discapacidades, algunas temporales y otras permanentes. La gran aportación que subyace a la Convención es decirnos que hemos construido un mundo del que quedamos excluidos casi todos y lo que hay que hacer es valorar la diversidad de capacidades como algo que enriquece nuestras sociedades<sup>6</sup>; si somos diversos entonces tenemos que construir modelos sociales y políticos que no solo protejan esa diversidad, sino que la potencien, que la valoren, que le den iguales oportunidades a todos para que cada cual dentro de sus capacidades y de su libertad pueda desarrollar el plan de vida que desee y escoja. Todos somos capaces en unas cosas y absolutamente incapaces en otras. Y lo que tiene que hacer la sociedad es garantizar la igualdad de oportunidades haciendo universalmente accesibles los derechos, las prestaciones, los bienes y los servicios para todas las personas independientemente de cuáles sean sus condiciones e independientemente de su situación socioeconómica.

Porque la justicia social como nos recuerda Nancy Fraser puede examinarse desde dos ejes: en primer lugar, el de la redistribución, que es el que ha estado presente sobre todo en las políticas públicas de los que se conocen como Estados de bienestar, en la mayor parte con estrategias post-distributivas (se dejaba actuar al mercado y luego se corregía el resultado imperfecto de asignación mercantil a través de asignación de ingresos y servicios para los más perjudicados en ese reparto), pero también con estrategias pre-distributivas que intentaban garantizar una cierta igualdad de oportunidades (por ejemplo, a través de una educación general, gratuita, básica y

---

<sup>5</sup> Vid. sobre este tema REY PÉREZ, J.L.; “Las personas con discapacidad en la Constitución, ¿es imprescindible su reforma?”, en ÁLVAREZ VÉLEZ, M.I. y VIDAL PRADO, C. (Coord.), *La Constitución española: 1978-2018*, Madrid, Francis y Taylor, 2018, pp. 407-421.

<sup>6</sup> PALACIOS, A. y ROMANACH, J.; *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Madrid, Diversitas-AIES, 2006.

obligatoria para todos)<sup>7</sup>; el segundo eje al que Fraser hace referencia es el del reconocimiento, esto es, a la presencia en la vida pública de las personas diversas en tanto que son diversas y no pese a su diferencia<sup>8</sup>. En nuestras sociedades, incluso en las más desarrolladas, sigue habiendo muchos colectivos que presentan un déficit de reconocimiento. Y aunque no siempre es así, normalmente los dos ejes tienden a superponerse: por ejemplo, en el caso de las personas con discapacidad esa ausencia de reconocimiento que se manifiesta en escuelas segregadas, en menor formación, en menores oportunidades laborales, acaba traducándose en mayores tasas de pobreza como vienen año tras año y de forma reiterada mostrando los Informes de ODISMET<sup>9</sup>.

Por todos estos motivos se puede sostener que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad es la Convención de todos y todas y viene a sustituir a la Declaración de Derechos de 1948 no solo porque la Convención es un Tratado Internacional y la Declaración no (con las consecuencias que ello tiene desde un punto de vista jurídico) sino sobre todo porque recoge todos los derechos del 48 pero los adapta a la realidad diversa de las personas poniendo el acento en que el ejercicio de derechos no es una cosa de agentes plenamente capaces, individuales y aislados, sino que requiere en muchos casos la asistencia, el apoyo, la ayuda de unos a otros. Aunque quizá haya algunos de los derechos de los que se conocen como la nueva generación de derechos (medio ambiente, paz, desarrollo, autodeterminación de los pueblos, patrimonio común de la humanidad<sup>10</sup>) que no aparecen en la Convención, el resto sí lo hacen y por ello la Convención con su enfoque social hace obsoleta la Declaración de 1948.

## **2. LA DIVERSIDAD MENTAL COMO CUESTIÓN DE DERECHOS: CONCEPTOS, DIFICULTADES, OBSTÁCULOS, REALIDADES**

### **2.1. El confuso concepto de salud y enfermedad mental**

El concepto de salud mental, que hoy es ampliamente utilizado en diversos medios y artículos de prensa, es muy complicado de definir y no está exento de polémica. Por salud mental podemos entender, según la definición de la OMS, que es la más seguida por la comunidad científica, “un estado de bien-

---

<sup>7</sup> Vid. BARRAGUÉ CALVO, B.; *Desigualdad e igualitarismo predistributivo*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 2017.

<sup>8</sup> FRASER, N. y HONNETH, A.; *¿Redistribución o reconocimiento?*, Madrid, Morata, 2006.

<sup>9</sup> Vid. los Informes 1, 2, 3 y 4 del Observatorio sobre Discapacidad y mercado de trabajo de la Fundación ONCE disponibles en <https://www.odismet.es/informes-publicaciones> (última consulta: 17/10/2019).

<sup>10</sup> RODRÍGUEZ PALOP, M.E.; *La nueva generación de derechos humanos: origen y justificación*, Madrid, Dykinson, 2002.

estar completo, en el que el individuo es capaz de desarrollar plenamente sus capacidades, superar las tensiones de la vida, trabajar de manera productiva y provechosa y contribuir con sus aportaciones a la comunidad”<sup>11</sup>. Aunque esta definición pueda pecar de ambiciosa tiene la virtud de abrazar y capturar todo lo que puede ser un concepto tan difícil de definir y amplio como el de salud mental. Ahora bien, de esta definición podríamos inferir que la salud mental de nuestras sociedades en este momento tendría muchos déficits, teniendo en cuenta que una parte importante de la sociedad ha quedado excluida de trabajar de manera “productiva y provechosa” y sin poder contribuir con sus aportaciones a la comunidad. Y aquellos o aquellas que lo hacen también sería conveniente saber en qué condiciones desarrollan su trabajo, pues trabajar en según qué condiciones perjudica o empeora la salud<sup>12</sup>.

Un buen ejemplo de la diversidad de definiciones del concepto de salud mental es la que podemos encontrar en el *Manual de Psiquiatría* de Costa Molinari<sup>13</sup>: “a) Skottowe considera que el rasgo fundamental de la salud mental es la capacidad de adaptarse al medio; b) Macklin cree que es la capacidad de reaccionar favorablemente a los cambios del entorno; c) Lewinson y Ginsberg la definen como la capacidad de dominar el entorno o de ganarse la vida; d) La Federación Mundial de la Salud Mental la define como el mejor estado posible, dadas las condiciones existentes; e) Meninger cree que es un control razonable de los instintos, la capacidad de dar y recibir cordialmente y una plena participación en la vida familiar y social”.

Martos<sup>14</sup>, aunque reconoce que no es fácil definir la salud mental, cree que hay una serie de indicios que señalan o apuntan cuando hay salud mental: ausencia de síntomas, reacciones proporcionadas, funciones e instintos básicos, control de la realidad y adaptación al medio. La OMS también describe la salud mental como la capacidad de establecer unas relaciones armoniosas con los demás y la participación constructiva en las modificaciones del ambiente físico y social. En este sentido, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y de una comunidad.

Una aproximación que intenta captar lo que llevamos diciendo sobre la complejidad de la salud mental podría ser esta: una personalidad madura, según M. Jahoda (citada en Costa Molinari) es aquella que ha alcanzado un óptimo nivel de salud y tiene las siguientes características:

<sup>11</sup> WHO; *Mental health, resilience and inequalities*, Dr. Lynne Friedli, WHO Europe, 2009.

<sup>12</sup> BENACH, J. et al.; “Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health” en *Annual Review of Public Health*, núm. 35, 2004, pp. 229-53; RAVENTÓS, S.; “Crisis, salud mental y renta básica”, en CASASSAS D. y RAVENTÓS D. (Eds.), *La Renta Básica en la era de las grandes desigualdades*, Barcelona, Montesinos, 2011.

<sup>13</sup> COSTA MOLINARI, J.M.; *Manual de Psiquiatría*, Barcelona, Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, 1994.

<sup>14</sup> MARTOS, A.; *Los errores del alma*, Madrid, McGraw-Hill, 2004.

- 1) Auto percepción, es decir, con capacidad para tener mención de la propia personalidad, deseos, sentimientos, necesidades, recursos y capacidades, con posibilidades de satisfacerlos o de emplearlos, siempre que sea razonablemente posible.
- 2) Ajuste, o capacidad de adecuar la conducta a las normas del grupo social.
- 3) Autonomía, con un comportamiento según lo considera justo y conveniente, sin restricciones impuestas por miedos, temores, inhibiciones u otras limitaciones irracionales. La posibilidad de actuar con una amplia independencia personal es una condición básica. La personalidad madura tiene una elevada capacidad de ser feliz y productiva.
- 4) Sentido de la realidad, no distorsionada por actitudes o conflictos personales.
- 5) Integración en el ambiente y en las personas, con las que puede establecer relaciones de afecto, cooperación y ayuda.
- 6) Auto-actualización, con posibilidad de aprender cosas nuevas, de introducir cambios en su conducta y de mostrar adecuada flexibilidad para situarse al día.

En este conjunto de características sobre lo que es una personalidad madura, se puede apreciar que habría un montón de conceptos que podrán encontrar mejor o peor expresión en función del contexto social.

Si bien la salud mental es más que la ausencia de la enfermedad mental clínicamente definida, hay un debate considerable sobre qué constituyen los elementos necesarios para hablar de salud mental positiva o bienestar mental. La salud mental es un elemento fundamental de resiliencia, de capacidades y adaptación positiva para hacer frente a la adversidad y desarrollar las capacidades y los potenciales humanos. También se equipara salud mental con el bienestar psicológico como parte integral y fundamental para llevar una vida plena y para mantener relaciones sociales, estudiar, trabajar, tomar decisiones, etc.<sup>15</sup>.

Lo opuesto a la salud mental sería la enfermedad mental. Si el concepto de salud mental no es objeto de consenso, tampoco lo es el de su opuesto. De la enfermedad mental se ha escrito mucho y desde disciplinas muy diversas como la Medicina, Psiquiatría, Psicología, Sociología, Neuropsiquiatría, Psicopatología, etc. No es pretensión aquí hacer ninguna contribución a un debate conceptual que todavía no está resuelto del todo.

Sin querer hacer un repaso histórico exhaustivo de la existencia de la enfermedad mental y de su tratamiento vale la pena apuntar que se ha hecho algún hallazgo arqueológico de trepanaciones de cráneos de épocas prehistó-

---

<sup>15</sup> WHO; *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*, Background paper by whom secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan, Discussion paper, 2012.

ricas, pero no está del todo claro su significado<sup>16</sup>. Rojo recuerda que las primeras descripciones sistemáticas de las enfermedades mentales se encuentran en el papiro de Ebers (tratado de Medicina del 1500 a.C.), aunque otros autores citan como primera referencia al deterioro senil del príncipe Ptah-hotep, del año 3.000 a.C.<sup>17</sup> Ahora bien, el abordaje más serio lo iniciaron los griegos, que consideraban que las enfermedades mentales eran la consecuencia de las alteraciones corporales, concretamente los líquidos humorales. Es a partir de Homero que los escritores griegos reflejaron una gran variedad de comportamientos extraños y anormales y merecedores de una explicación especial. Heródoto registra en su *Historia* algunos de estos casos. Dos de ellos relatan las acciones y experiencias del rey persa Cambises (530-522 a.C.) y de Cleomenes I, rey de Esparta (alrededor de 520-490 a.C.). Ambas son de especial interés debido a que aclaran las opiniones griegas sobre la enfermedad mental e indican algunos de los medios que se usaban para tratar a los que las sufrían<sup>18</sup>.

La medicina griega a través de Hipócrates de Cos, aunque sobre todo posterior a él, pues la mayoría datan del siglo IV a.C., desarrolló un amplio y holístico sistema explicativo de la salud y la enfermedad, en el que se incluía la locura. La vida humana, lo mismo en la salud que en la enfermedad, debía ser entendida en términos naturalistas, como lo expone uno de los textos hipocráticos: “Los hombres deben saber que es del cerebro, y sólo del cerebro que provienen nuestros placeres, alegrías, risas y bromas; el mismo que nuestros pesares, penas, angustias y lágrimas. Concretamente, es a través de él que pensamos, vemos, escuchamos y distinguimos lo feo de lo bonito, lo malo de lo bueno, lo que da placer de lo desagradable. (...) Y es este mismo el que nos vuelve locos o delirantes, nos inspira temor o miedo, ya sea de noche o de día, produce insomnio, ansiedades sin sentido, distracciones y actos contrarios a la costumbre”<sup>19</sup>.

El antecedente de la definición de enfermedad mental lo encontramos en el siglo VI, en un autor llamado Aecio de Amida, que en su obra *Tetrabiblon* distinguió tres clases de *frenitis*: las que afectaban a la memoria, las que afectaban a la razón y las que afectaban a la imaginación<sup>20</sup>.

Posteriormente, en la Edad Media se produce un periodo de oscurantismo que se corresponde con las teorías sobrenaturales o mágicas y habrá que esperar al Renacimiento para vincular a las enfermedades mentales con el resto de enfermedades. Corresponde a Thomas Willis (1621-1675) y Thomas Sydenham (1624-1689) la introducción del término de enfermedad mental, con lo cual se inician los esfuerzos para llevar a cabo una clasificación en un domi-

<sup>16</sup> JARNE, A. y TALARN, A.; *Manual de Psicopatología clínica.*, Barcelona, Paidós, 2012.

<sup>17</sup> ROJO, J.E.; “Estructuración del conocimiento en psiquiatra”, en VALLEJO, J. (Ed.), *Update Psiquiatría*, Barcelona, Masson, 1995, pp. 1-24.

<sup>18</sup> ROSEN, G.; *Locura y sociedad*, Madrid, Alianza Universidad, 1974.

<sup>19</sup> PORTER, R.; *Breve historia de la locura*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2003.

<sup>20</sup> ROJO, J.E.; op. cit.

no separado del resto de enfermedades corporales. El término *neurosis*, por ejemplo, lo introdujo William Cullen hacia 1785, como una enfermedad cualquiera del sistema nervioso (después con Freud esto cambiaría) y consistente en un trastorno funcional sin lesión sensible de sus estructuras. Un siglo después, durante el XIX, tiene lugar la incorporación de la psiquiatría en el modelo de la medicina somática. Esto suponía que las enfermedades mentales eran enfermedades cerebrales, ya fuera primaria o secundariamente. Griesinger, en 1857, afirmó que las enfermedades mentales eran enfermedades del cerebro. En este marco llegamos a Kraepelin, quien postuló que cada factor etiológico le debe corresponder un cuadro clínico peculiar, un curso determinado, un final común y una anatomía patológica precisa<sup>21</sup>.

Wing distinguió entre dos significados del término enfermedad mental<sup>22</sup>. El primero es un concepto amplio que incluye todas las desviaciones y anormalidades que llevan al paciente a acudir a un profesional y que resulta de la conjunción de dos procesos: desviación estadística y atribución social. El otro es más específico y exige la existencia de un síndrome (conjunto de síntomas que aparecen agrupados) y de un trastorno biológico subyacente. El “modelo biológico” de la salud mental mantiene este significado, que los trastornos psiquiátricos son verdaderas enfermedades y que deben ser diagnosticadas como tales<sup>23</sup>.

En esta delimitación algo confusa que se ha venido dando, también aparece el concepto de trastorno mental. Los trastornos mentales son aquellas condiciones de salud que están caracterizadas por alteraciones en el pensamiento, humor, comportamiento (o una combinación diversa) asociadas a un funcionamiento perjudicial. Por ejemplo, la depresión sería un trastorno mental en gran medida marcado por alteraciones del estado de ánimo pero que rebasan el plano puramente afectivo para abrazar vertientes físicas, cognitivas y asertivas<sup>24</sup>. Se aprecian una serie de hechos que de forma descriptiva definirían el trastorno: resulta altamente incapacitante, es relativamente independiente de los contextos culturales (universalidad del trastorno), puede afectar a casi todas las funciones y áreas de comportamiento humano (pensamiento, motricidad, afectividad, adaptación al medio, hábitos de vida, percepción, etc.)<sup>25</sup>. El déficit de atención por hiperactividad sería un ejemplo de trastorno marcado por alteraciones en el comportamiento y en el pensamiento. Es un síndrome conductual de origen neuronal que se inicia en la edad infantil, y que afecta entre un 3 y 7% de niños y jóvenes en la edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad del desarro-

<sup>21</sup> JARNE, A. y TALARN, A.; op. cit.

<sup>22</sup> WING, J. K.; *Reasoning about madness*, London, Oxford University Press, 1978.

<sup>23</sup> GUIMÓN, J.; *El diagnóstico psiquiátrico no categorial*, Bilbao, OMEditorial, 2007.

<sup>24</sup> SMITH, J.; *El dolor del alma. Un camino para salir de la depresión*, Madrid, Alianza Editorial, Madrid, 2010.

<sup>25</sup> JARNE, A. y TALARN, A.; op. cit.

llo. Estos síntomas deben manifestarse y causar el deterioro funcional antes de los 7 años.

Spitzer<sup>26</sup>, impulsor de los manuales de psiquiatría DSM americanos estableció la diferencia entre los términos de “enfermedad” y “trastorno”. El primero se refiere a entidades con alteraciones corporales observables, como los síndromes cerebrales orgánicos y el retraso mental. Para la mayoría de las categorías este autor incluyó en el *Manual diagnóstico y estadístico* (DSM por sus siglas en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana otro término: el de trastorno mental. Sin embargo, como se ha indicado antes, no hay un consenso acerca del significado de trastorno mental. Uno de los autores del DSM IV considera que “he revisado docenas de definiciones de trastorno mental (y yo mismo he escrito una en el DSM IV) pero no he encontrado ninguna que sea mínimamente útil para determinar qué condiciones deberían considerarse trastornos mentales y cuáles no, o para decidir quién está enfermo y quién no”<sup>27</sup>.

Los trastornos mentales son muy diversos y cada uno se acompaña de diferentes síntomas. Se caracterizan por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales. Estos trastornos se describen en el capítulo V (“Trastornos mentales y del comportamiento”) de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CDI-10). Allí se clasifican de diferentes tipos: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; Trastornos mentales y del comportamiento causados por consumo de sustancias psicoactivas; Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; Trastornos del humor (afectivos); Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; Retraso mental; Trastorno del desarrollo psicológico; Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y en la adolescencia y trastorno mental no especificado<sup>28</sup>.

Siguiendo con este repaso el filósofo Jerome Wakefield precisó: “un trastorno mental existe cuando algún sistema psicológico interno no funciona tal cual está diseñado para esta función y esta disfunción está definida como inapropiada en un contexto particular”<sup>29</sup>. Resulta importante destacar estos dos elementos: “disfunciones internas” y “socialmente inapropiada”. Sólo si son disfunciones internas y que están definidas como inapropiadas socialmente serían propiamente trastornos mentales. Así, por ejemplo, no podemos esta-

<sup>26</sup> SPITZER, R.L. y ENDICOTT, J.; *In critical issues in psychiatric diagnosis* D.F. Klein, New York, Ed. Raven Press, 1978.

<sup>27</sup> FRANCES, A.; *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona, Ariel, 2014.

<sup>28</sup> OMS; *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*, Ginebra, 2013.

<sup>29</sup> HORWITZ, A.V.; *Creating mental illness*, Chicago, The University of Chicago Press, 2002.

blecer la existencia de un trastorno mental sólo por la consideración de un comportamiento social (o político) como inapropiado, como ha sido el caso en determinados regímenes políticos a lo largo de la historia. Estas realidades reflejan la combinación entre las disfunciones internas (de carácter universal) y los valores del contexto social y cultural. Por tanto, no entrarían en la categoría de trastornos mentales las respuestas esperadas de las consecuencias de las condiciones sociales producto del estrés intenso por estar en paro o de quedarse sin vivienda, pese a que hoy muchas se tratan de esa forma.

Los problemas de salud mental los debemos considerar no sólo como las situaciones patológicas más graves como la esquizofrenia, la psicosis, la paranoia, los trastornos bipolares, las fobias, etc., sino también debido a los profundos malestares y dificultades psicológicas no necesariamente patológicas que se pueden presentar en el transcurso de la vida de las personas. Los seres humanos somos seres vulnerables y pasamos momentos difíciles a lo largo de nuestra vida. Y aunque la vulnerabilidad genética esté presente en algunas enfermedades mentales, no puede explicar por sí sola el enorme aumento de estas patologías en las últimas décadas<sup>30</sup>. Es importante poder delimitar conceptualmente lo que son los trastornos mentales graves o severos, que forman parte de uno de los grupos de población más vulnerables, estigmatizados y excluidos socialmente, y aquellos problemas de salud mental que responderían a situaciones sociales de fuerte tensión y estresantes, y por tanto a una reacción que no dejaría de ser lógica y propia de nuestro organismo ante una situación que lo requiere. Lo que sería anormal más bien sería que nuestro estado de ánimo no se alterara en este tipo de situaciones de riesgo o pérdida de trabajo o de vivienda. Una falta de reacción a una situación de este calibre se parecería más a la de un organismo del reino vegetal y no a la de seres vivos sofisticados cognitivamente.

Como se viene diciendo, el concepto de trastorno mental es uno de los fundamentos de la Psiquiatría como especialidad médica, constituye el núcleo de las discusiones eruditas y públicas sobre qué estados mentales deben ser considerados patológicos y cuáles como situaciones de sufrimiento normal o problemas de la vida. Uno de los grandes problemas de la Psiquiatría es que no dispone de una buena categorización de las enfermedades mentales: las disponibles son fundamentalmente sintomáticas. Así, no se dispone de biomarcadores de las enfermedades mentales. Muchas de las enfermedades mentales tienen los mismos síntomas, se confunden, se diagnostican de forma diferente en diferentes países<sup>31</sup> y se puede dar el caso de que se traten con la misma píldora<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> WILKINSON, R.G. y PICKETT, K.; *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*, Madrid, Turner Noema, 2009, p. 87.

<sup>31</sup> GONZÁLEZ, H. y PÉREZ, M.; *La invención de los trastornos mentales*, Madrid, Alianza Editorial, 2007, p. 75.

<sup>32</sup> BUNGE, M.; *Filosofía para médicos*, Barcelona, Gedisa, 2013.

Desde Hipócrates hasta el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, más conocido por sus siglas: DSM-V de la actualidad, las enfermedades mentales se han querido siempre clasificar. Hay que recordar que toda clasificación es arbitraria y puede ser cambiada sin que ello cambie la realidad. Ahora bien, el pensamiento científico necesita de una clasificación. A pesar de que los hechos psicopatológicos los podemos agrupar en clases, hay todo un territorio neutral entre ellas, una zona fronteriza que permite una cierta permeabilidad y falta de precisión.

Si consultamos los manuales psiquiátricos de los trastornos mentales en vigor, como son el DSM V (norteamericano) o el CIE-10 (europeo) veremos que ni siquiera existe una definición satisfactoria que especifique los límites precisos del concepto de trastorno mental. Hay que advertir que muchas de las decisiones que aparecen en los DSM (III, III-R, IV, IV-TR, V) según algunos autores<sup>33</sup> son el fruto de pactos y de consensos políticos y eso da lugar a un problema epistemológico muy grave. Los trastornos mentales incluidos en el DSM V no han adquirido estatus oficial tras un proceso racional de eliminación. Se han incorporado al sistema y han sobrevivido gracias a “necesidades prácticas, accidentes históricos, adiciones graduales, precedentes e inercia, no gracias a haber cumplido una serie de criterios definidores independientes, abstractos y universales”<sup>34</sup>.

A favor de estos manuales estaría el hecho de que su lenguaje clasificador ha contribuido a que todo el mundo sepa de qué se habla cuando se habla de depresión, esquizofrenia o trastorno bipolar, por citar sólo algunos. El problema de los DSM, según Sanjuán<sup>35</sup>, es que tienen una fuerte dependencia del modelo médico y del tratamiento farmacológico, y nos han creado la ilusión de que estamos hablando de entidades biológicas reales. Y a estas alturas no contamos con ningún marcador biológico que tenga la suficiente especificidad como para ser incluido dentro de los criterios diagnósticos en ningún trastorno psiquiátrico. O sea, que la principal crítica al modelo médico-biológico viene de la propia Biología.

El Nation Institute of Mental Health, la agencia de Investigación biomédica del gobierno de EE.UU. –y considerada la mayor proveedora de fondos de investigación en salud mental de todo el mundo– ha anunciado que dejará de hacer uso de la clasificación del DSM. Según su director, esta decisión se ha tomado debido a que no tiene validez y los pacientes con trastornos mentales se merecen algo mejor. Este manual siempre ha ido acompañado de polémica desde sus inicios. No es un libro cualquiera. Es la guía que establece cuáles son los trastornos mentales y la consiguiente necesidad de tratamiento. Teniendo en cuenta el intenso crecimiento presente de las enfermedades mentales y el dinero que ganan las industrias farmacéuticas con su tratamiento, este hecho

<sup>33</sup> GONZÁLEZ, H. y PÉREZ, M.; op. cit.

<sup>34</sup> FRANCES, A.; op. cit., p. 38.

<sup>35</sup> SANJUÁN, J. (Ed.); *Evolución cerebral y psicopatología*, Madrid, Triacastela, 2000.

es extraordinariamente relevante. Uno de los grandes problemas del DSM es que no señala mecanismos ni causas, sólo se limita a síntomas y síndromes. Es un documento puramente descriptivo, no especifica las causas de las enfermedades o los trastornos mentales. Así pues, habría que pasar de la “transición de cajas negras en translúcidas”. Hay que revelar mecanismos, pasar de la descripción a la explicación<sup>36</sup>.

En el ámbito de la salud mental uno de los aspectos más problemáticos y fuente de disputas es el del diagnóstico: abusos potenciales, la aplicación de categorías que no se corresponden, el problema que supone para estas personas el riesgo de sufrir los efectos perjudiciales del diagnóstico psiquiátrico que lo pueden arrastrar durante muchos años, y muchos otros. Y al revés: personas que sufren depresión o esquizofrenia y no reciben tratamiento. Hay dos terceras partes de las personas con depresión grave en EE.UU. que no reciben tratamiento y muchas de las que padecen esquizofrenia están en prisión<sup>37</sup>.

Otro aspecto a destacar es el hecho de que ha ido aumentando el número de diagnósticos a medida que van pasando los años: en el DSM-I, en 1952 había 106 diagnósticos, en el DSM-II se pasó a 182, en el III ya eran 265, en el DSM-III-Revisado, 292 y en el DSM-IV-TR del año 2000, casi 400, en el DSM V ya se supera esta cifra con creces. Si en 1880 sólo había 8 categorías de enfermedad mental, el aumento desde entonces ha sido muy considerable. Algunos autores lo han atribuido sobre todo a la presión de la industria farmacéutica y determinados grupos de presión de la sociedad para hacer aumentar los trastornos mentales y su correspondiente tratamiento. La industria farmacéutica es realmente grande e increíblemente rentable. Las ventas mundiales superan los 700.000 millones de dólares anuales, la mitad en Norteamérica y la cuarta parte en Europa<sup>38</sup>.

La inflación diagnóstica plantea un dilema de salud pública y de política pública que hay que resolver urgentemente. Algunos ejemplos: el trastorno bipolar infantil en los últimos quince años ha aumentado 40 veces, el autismo 20, el déficit de atención por hiperactividad ha triplicado y el trastorno bipolar adulto se ha doblado<sup>39</sup>. Un ejemplo de esto (pero hay muchos otros) que citan Héctor González y Marino Pérez en su libro *La invención de los trastornos mentales*<sup>40</sup> podría ser el de “fobia social”. La timidez clásica sería vista como un problema que requiere de ayuda. La timidez ha pasado a ser un “Trastorno de ansiedad social” en el DSM-III a “fobia social” en el DSM-IV. De ser una característica personal y con complicaciones episódicas de alguna gravedad ha pasado a la categoría de trastorno psiquiátrico reconocido. Como señalan estos

<sup>36</sup> BUNGE, M.; op. cit., p. 113.

<sup>37</sup> READ, J., MOSHER, L.R. y BENTALL, R. P. (Eds.); *Modelos de locura*, Barcelona, Herder, 2006.

<sup>38</sup> FRANCES, A.; op. cit.

<sup>39</sup> Ídem, p. 134.

<sup>40</sup> GONZÁLEZ, H. y PÉREZ, M.; op. cit.

autores, no se trata de pensar que hay una “mano negra” que mueve los hilos. Se trata más bien de un sistema de marketing. La lógica subyacente consistiría en que para promover un medicamento se debe promover un trastorno. Un ejemplo de ello lo tenemos con la compañía Glaxo-SmithKline, que contrató a una agencia de publicidad, Cohn & Wolfe, para promover el trastorno de ansiedad social como una condición grave<sup>41</sup>.

El DSM V ha venido acompañado de una gran polémica. La inclusión de determinados trastornos muy discutibles y el hecho que incrementará las tasas de enfermedad mental a unos niveles altísimos serán seguramente los principales problemas asociados. En definitiva, se acerca una gran pandemia de trastornos mentales. Frances, el que fue presidente del grupo de trabajo del DSM IV, ha cargado muy duramente contra el actual DSM V por considerar que se ha excedido considerablemente con los diagnósticos psiquiátricos, acusándolo de provocar una epidemia diagnóstica con lo que supone de sobredosis de medicación. Aporta algunas cifras impresionantes: uno de cada cinco adultos de EE.UU. consume al menos un fármaco para tratar algún problema psiquiátrico o que hay más visitas a los servicios de urgencia y más muertes debido a los medicamentos que a causa de las drogas ilegales compradas en la calle. Este autor considera que hay una tendencia a ignorar que los síntomas aislados o leves no definen un trastorno psiquiátrico; deben perdurar en el tiempo de una manera determinada y provocar una aflicción y una incapacidad significativa. Cree que se diagnostican erróneamente como trastornos psiquiátricos lo que en realidad son síntomas leves, transitorios y sin significación clínica.<sup>42</sup>

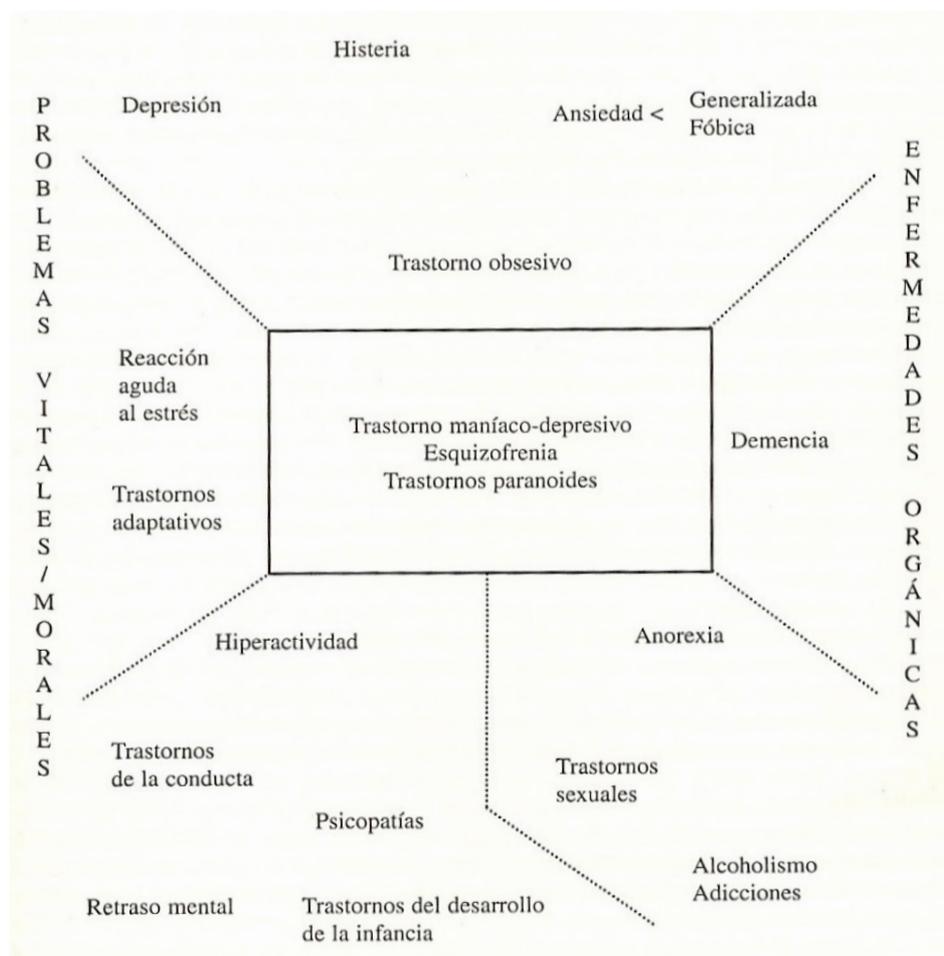
Fulford propuso un “mapa” conceptual analítico (ver Figura 1) de los trastornos mentales, elaborado de la siguiente manera: a la derecha aparecen las llamadas enfermedades orgánicas; en la parte izquierda aparecen los “problemas de la vida”. Según este autor, algunos trastornos mentales, como la demencia, se encuentran próximos a la enfermedad orgánica, mientras que otros, como los trastornos de conducta, se encuentran próximos a los problemas morales. Por lo tanto, la amplia variedad de trastornos mentales iría del mundo médico al mundo moral. Este mapa, hecho desde la Filosofía analítica y las neurociencias, consta de una parte central que está ocupada por la esquizofrenia, los trastornos paranoides y el trastorno bipolar; a su izquierda se sitúan la depresión, las reacciones agudas al estrés, los trastornos adaptativos, los trastornos de conducta y la discapacidad mental. A la derecha coloca la demencia, la anorexia, los trastornos sexuales y las adicciones. La histeria, la neurosis obsesiva y la ansiedad fóbica aparecen por encima de la esquizofrenia y en una posición central. Lo que es bastante sugerente de este planteamiento es el establecimiento de una continuidad o *continuum* que enlaza los problemas morales y las enfermedades orgánicas. Este autor enfatiza, pues,

<sup>41</sup> Ídem, p. 69.

<sup>42</sup> FRANCES, A.; op. cit.

la condición equívoca del trastorno mental, a caballo entre la medicina y la moral. Hay que recordar, por ejemplo, que, en la historia de las clasificaciones de los trastornos mentales, la homosexualidad fue considerada como una enfermedad hasta 1973, mientras que ahora se considera como una elección u opción sexual.

**Figura 1: Mapa conceptual de los trastornos mentales de Fulford**



Fuente: Fulford<sup>43</sup>.

Después de lo que llevamos dicho hasta ahora, parece razonable abogar por la necesidad de un cambio de paradigma que dé una nueva conceptualización a las enfermedades mentales y entenderlas, como se explicará luego, desde un enfoque de derechos y desde el marco filosófico y moral que nos ofrece la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Cuando hablamos de trastornos mentales estamos hablando de la discapacidad psicosocial y, aunque en algunos casos esta requiera de fármacos, primordialmente exige reflexionar

<sup>43</sup> FULFORD, K.W.M.; "Filosofía analítica, neurociencias y concepto de trastorno", en BLOCH, S., PAUL CHODOFF, S. P. y GRENN, S.A. (Eds.); *La ética en psiquiatría*, Madrid, Triacastela, 2001.

sobre las barreras sociales con que estas personas pueden enfrentarse, ya que si vivimos en un mundo capacitista en el campo de la diversidad funcional física, cuánto más lo hacemos en relación a lo que se considera como “normal” o “anormal” en la forma de vivir, de sentir, de enfrentarnos a los problemas de vida.

Una discusión importante en torno a la salud mental es si ésta es continua o discreta. Con otras palabras: ¿se trata de un intervalo donde la gente se sitúa entre los dos extremos de la salud y la enfermedad y donde hay varios gradientes? ¿O se trataría de polos opuestos? La visión de la salud mental entendida como dos polos opuestos sería más propia del modelo médico. De hecho, la separación tajante entre salud mental y enfermedad mental recuerda la separación entre salud física y salud mental, o entre cuerpo y mente, como dos cosas completamente separadas pero que, como se ha podido demostrar en los últimos años por varios autores, existe la interrelación entre mente y cuerpo. Del mismo modo que sabemos, por ejemplo, que la memoria es una función del cerebro y por tanto física, o como también sabemos que algunos trastornos mentales también tienen cambios físicos en el cerebro<sup>44</sup>, es también evidente que la salud mental va más allá que la mera ausencia de enfermedad o trastorno.

## **2.2. El enfoque de derechos a la hora de hablar de la diversidad mental**

Aunque la Convención se ha esforzado en apostar por el enfoque social y de la diversidad a la hora de comprender la discapacidad o las diferentes capacidades que tenemos las personas, curiosamente este enfoque no parece haber llegado a la salud mental, como se ha visto por lo expuesto anteriormente. Ya el término “salud mental” hace referencia a cuestiones sanitarias, a un problema o enfermedad que tiene la persona que debe ser curada o rehabilitada. De ahí que, de acuerdo con la Convención, el término salud mental debiera ser desterrado de nuestro vocabulario y ser sustituido por el de diversidad mental o, si se prefiere, por el de discapacidad psico-social. Igual que somos diversos en nuestras capacidades físicas o intelectuales, lo somos también en nuestra psique y en cómo somos capaces de procesar los hechos de la vida, el enfrentarnos a los problemas de la vida diaria, a la misma existencia. Y ese malestar psíquico es algo que nos afecta a todos; todos pasamos por momentos altos y bajos a lo largo de nuestra existencia. Lo que tenemos que reflexionar es si la respuesta que estamos dando a esta cuestión respeta los derechos de las personas, es conforme con lo que dice la Convención acerca del enfoque social de la discapacidad y si no hay aquí intereses económicos en juego que priman y sacrifican a las personas vulnerando su derecho a la vida, a la salud y al desarrollo libre de su personalidad.

---

<sup>44</sup> KANDEL, E. R.; “A new intellectual framework for psychiatry”, *American Journal of Psychiatry*, núm. 155, 1998, pp. 457-469.

En España, como ocurre en EE.UU., los fármacos más consumidos son anti-depresivos, ansiolíticos y benzodiacepinas. Cuando una persona tiene un malestar psíquico no recibe el tratamiento que debiera, la terapia adecuada en la mayor parte de los casos. Simplemente va a su médico de cabecera que en los 4 minutos de los que dispone por paciente normalmente le receta un antidepresivo como si eso fuera a solucionar el problema al que se enfrenta esa persona. Da igual que el problema sea social, económico, personal, de duelo... La solución es siempre la combinación de estas pastillas o una de ellas. La mayor parte de estas prescripciones las hacen médicos de familia que tienen escasa formación (quizá la que da la experiencia) en los componentes de los antidepresivos y en psicoterapia. Solo en casos excepcionales la persona es derivada a un psiquiatra que va a seguir el mismo modelo que se ha impuesto en la mayoría de la psiquiatría (quitando quizá una minoría de psiquiatras críticos, convenientemente silenciados por las industrias farmacéuticas). La existencia de psicólogos en nuestro sistema de salud pública es ridícula si lo comparamos con otros países europeos: según el Consejo General de Psicología en el año 2016 había 4,3 psicólogos clínicos por cada 100000 habitantes frente a los 18 que tiene la media de los países de la U.E.

El suicidio es una realidad silenciada en nuestro país que solo recientemente está apareciendo tímidamente en los medios de comunicación. Pero que se sepa hay de media 10 suicidios al día en España y es la principal causa de muerte violenta por encima de los accidentes de tráfico. Y estos son los datos conocidos, porque el que decidió marcharse dejó una nota o por la forma en la que lo hizo, pero esto representa solo la punta de un iceberg porque hay otros muchos fallecimientos por suicidio que no quedan registrados, sino que se almacenan como accidentes de coche, accidentes de otro tipo, intoxicaciones, etc.<sup>45</sup> ¿Por qué se da esta situación? ¿Cuáles son sus causas? ¿Por qué la Convención y su enfoque social no han llegado todavía a la diversidad mental? Daremos una serie de respuestas arriesgadas, algunas desde nuestra propia experiencia personal, y otras de estudios y datos que muchas veces no son lo suficientemente conocidos.

En primer lugar, una gran parte de médicos desconocen la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. No es una cuestión que afecte solo a los médicos; la mayor parte de la población también la desconoce porque no ha habido un interés por parte de las autoridades de dar a conocer este texto de derechos humanos tan importante. Quizá se han dado algunos pasos en el conocimiento de la necesaria accesibilidad física de los edificios y medios de transporte, pero poco más. Y un campo donde sistemática y mayoritariamente se desconoce es el de la medicina y, en concreto, el de la psiquiatría. Como si los médicos se resistieran a abandonar la comprensión de que la di-

---

<sup>45</sup> Vid. ANDRÉS GONZÁLEZ-COBO, R.; *Semper dolens: la historia del suicidio en Occidente*, Barcelona, Acantilado, 2015 y PÉREZ JIMÉNEZ, J.C.; *La mirada del suicida: el estigma y el enigma*, Madrid, Plaza y Valdés, 2011.

versidad funcional no es una enfermedad. Porque la medicina entiende la vida en términos de enfermedad o salud, sin términos medios, convirtiéndose la salud en una especie de nueva moralidad que nos viene impuesta<sup>46</sup>. En el campo de la psiquiatría, a diferencia de la tradicional donde los médicos habían estudiado a los autores clásicos, los referentes y padres de la disciplina y sabían que el tratamiento de la psique se basa sobre todo en la terapia, en el discurso, en la narrativa reflexiva del ser humano sobre el sentido de su vida, sus contradicciones, sus malestares, sus ansias realizadas o frustradas, sus sueños hechos añicos, hoy la psiquiatría y la salud mental se reducen en la mayor parte de los hospitales y centros al suministro creciente de psicofármacos sin un criterio claro de por qué se elige uno y no otro, sustituyéndose unos por otros si no dan resultado o no dan el resultado que el especialista espera escuchar. Y se entra en una especie de camino *ad infinitum* de fármacos sobre fármacos, que acaban anulando al paciente como persona, anulando su personalidad, por aquello por lo que es diverso. O dicho con términos más jurídicos: acaban con la dignidad de la persona, porque esta ya no es vista como un fin en sí misma, sino como un instrumento al servicio de los medicamentos que le meterán en los márgenes de la “normalidad”, de esa “normalidad” que no es más que la dictadura que marcan los mercados y que echan a los que no son capaces de adaptarse a ella por muchas pastillas que tomen. Muchos de estos casos acaban en el suicidio de la persona. Pero ¿no es más bien un homicidio? ¿No es la medicina estandarizada unida a los intereses económicos de los laboratorios que quieren la normalización de la ciudadanía la que indirectamente condena a muchas personas a un malestar que les hace imposible seguir? ¿No son crímenes del neoliberalismo en el que vivimos? ¿Y no son corresponsables de estas muertes los médicos que no escuchan, sino que sólo recetan? ¿No se está produciendo un auténtico genocidio por parte de las farmacéuticas de aquellos que no son lo que la sociedad quiere que sean? ¿Y quién responde por estas muertes? Nadie, absolutamente nadie. En su ocultamiento y en la alteración de los números se muestra ya la culpa, la culpa y la responsabilidad moral (cuanto menos) que se trata de ocultar.

Paradójicamente, la Convención lo que nos dice es todo lo contrario. Reivindica la diversidad de las personas, una diversidad que no solo es física, sino que también es mental, y lucha por eliminar los obstáculos sociales que son los que crean la discriminación, obstáculos que pone la sociedad educada en el temor al diverso y que rehúye al considerado como enfermo mental. Muchas de las barreras a las que se enfrentan las personas con diversidad psico-social son de tipo social, quizá más sutiles que las de unas escaleras para una persona con diversidad física, pero igualmente de obstaculizantes y discriminatorias.

En segundo lugar, de forma paralela y quizá en algo contradictoria, la salud mental se ha banalizado en los últimos tiempos. Como se ha apuntado anterior-

---

<sup>46</sup> Es interesante en este sentido el volumen de METZL, J.M. y KIRKLAND, A. (Eds.); *Against Health. How Health Became the New Morality*, New York, New York University Press, 2010.

mente, uno acude a un médico de atención primaria con cualquier problema, problemas de naturaleza social (conflictos familiares, laborales, económicos, relacionales) y lo primero que hace el médico es recetar antidepresivos con los riesgos que estos medicamentos presentan. Nadie controla las prescripciones, nadie sabe si el médico realmente conoce a fondo esos medicamentos y los efectos que producen, si ha leído literatura científica suficiente sobre los mismos. ¿Cuál es la razón por la que ante problemas similares unos médicos recetan unos y otros, otros? ¿Cómo se pueden estar recetando alegremente antidepresivos a niños y niñas o adolescentes porque se portan mal en el colegio o tienen los conflictos naturales de la pubertad? ¿Por qué frente al acoso escolar que sufren muchos niños la respuesta de los médicos no es ponerse en contacto con la escuela y en cambio recetar psicofármacos? Todo esto es de una extrema gravedad. Se están vulnerando los derechos de los niños y niñas, personas más vulnerables y merecedoras de una mayor protección. Y se está haciendo con la connivencia de las autoridades sanitarias, en concreto, con el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad que están al servicio de las industrias farmacéuticas cuyo único objetivo es aumentar el margen de beneficio. Por ejemplo, resulta curiosa la campaña que se ha lanzado desde hace un tiempo contra las benzodiazepinas como medicamentos contra la ansiedad, en favor de los antidepresivos que, según la versión oficial, aunque tardan mucho más en hacer efecto (de tres a seis meses) parece que controlan mejor la ansiedad. Esto ha sido discutido; como señala Gøtzsche, “es cierto que la ansiedad y la depresión presentan varios síntomas similares, pero se ha cambiado el tratamiento de los trastornos de ansiedad a pesar de que las benzodiazepinas siguen siendo la mejor opción. Una revisión sistemática realizada en 2013 descubrió que los ensayos eran en general de mala calidad, pero que las benzodiazepinas eran más eficaces y mejor toleradas que los antidepresivos tricíclicos, y que tenían un efecto similar o mejor que los ISRS y menos efectos adversos. La principal razón de abandonar las benzodiazepinas es que con su venta no se ganaba dinero”<sup>47</sup>, ya que el precio de estas es casi 30 veces inferior al de los antidepresivos al uso.

En tercer lugar, si volvemos a la Convención, vemos que este modelo extendido en la mayor parte de nuestras consultas médicas contraviene sus principios y su filosofía. En primer lugar, porque sigue anclado en el modelo médico-rehabilitador y no se inspira en el modelo social. La Convención exigiría entender que la diversidad mental es una más de las diversidades del ser humano, como lo puede ser la física o la cognitiva, una diversidad además presente en todos nosotros si no siempre, sí al menos en algún momento de nuestra vida. Los obstáculos a los que hoy se enfrentan las personas con diversidad mental son, insistimos, sobre todo sociales; de ahí que cada vez más vaya surgiendo una corriente alternativa de psiquiatría crítica<sup>48</sup>, que no se es-

<sup>47</sup> GØTZSCHE, P. C.; *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, trad. P. Gros Cal-sina, Barcelona, Los Libros del Lince, 2016, p. 153.

<sup>48</sup> Vid., por ejemplo, ORTIZ LOBO, A. y HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (coords.) *Críticas y alternativas en psiquiatría*, Madrid, Los libros de la Catarata, 2018.

tudia en las Facultades de Medicina, pero que pone el acento en los recursos comunitarios que tiene la persona, en sus relaciones sociales, en la terapia como persona integral que es, con una dignidad y no como una cobaya a la que hay que suministrar dosis de fármacos de dudosa eficacia. La Convención, por ejemplo, en España, exigiría que en los centros de atención primaria hubiera por lo menos un psicólogo, un psicólogo no conductista porque el conductismo es la cara B de la psicofarmacología ya que no entiende a la persona como un todo, no atiende al sistema en que la persona nace, vive y se desarrolla, sino que se queda en el síntoma sin ir a la causa. El conductismo como corriente psicológica también va contra los derechos y los principios de la Convención. La psique humana, que es compleja, necesita de la relación con los demás, de los cuidados de los unos a los otros. La diversidad mental solo puede respetarse desde un enfoque comunitario que acentúe la importancia de los cuidados y reduzca los medicamentos. Esos cuidados que en términos sociales han venido ofreciendo las mujeres y que el neoliberalismo ha ocultado y no ha valorado, invisibilizándolos. La diversidad mental es una cuestión y una tarea de cuidado colectivo, de unos a otros, y eso exige un cambio de modelo social, el cambio precisamente que la Convención reclama para así asegurar los derechos de todas las personas en su diversidad.

Esto es algo que, quitando algunos centros donde se practica una psiquiatría comunitaria centrada en el paciente donde se le ayuda a vivir con su diversidad mental y a eludir los obstáculos sociales con los que se enfrenta, en la práctica más generalizada está ausente.

### **3. LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD MENTAL**

Cuando hablamos de personas con discapacidad psico-social hablamos de una realidad compleja con muchas aristas. Dentro de la diversidad mental, que es la de todos, hay realidades más o menos complicadas a la hora de eliminar los obstáculos para su inserción social: no es lo mismo una persona diagnosticada con un Trastorno Obsesivo Compulsivo, que una con diagnóstico de esquizofrenia o una psicosis. Y tampoco es lo mismo la depresión que, por el enfoque médico que perdura pese a Convención, es sin embargo una de las principales discapacidades en números totales. Cuando hablamos de inserción, seguimos con un modelo empleocéntrico, donde la inserción social viene de la mano de tener un puesto de trabajo<sup>49</sup>. Esto es algo que está tocando a su fin no solo en España donde contamos desde hace décadas con un desempleo estructural que parece difícil eliminarse, sino en todo el mundo debido a la automatización y a la progresiva sustitución de muchos empleos por nuevas tecnologías. Probablemente, en esa idea del cuidado, del co-cuidado que está

---

<sup>49</sup> Vid. al respecto, REY PÉREZ, J. L., *El derecho al trabajo y el ingreso básico. ¿Cómo garantizar el derecho al trabajo?*, Madrid, Dykinson, 2007.

presente en la Convención, tenemos que subrayar la importancia del trabajo frente a la del empleo, y que el trabajo de cuidados que el mercado no valora aporta en la mayor parte de los casos mucho mayor valor añadido a la sociedad en la que se realiza que muchos empleos que el mercado sí valora con elevados sueldos y que quizá lo único que logran es enriquecer a una minoría para empobrecer a una mayoría.

La Convención, como es lógico, no se mete en estas cuestiones, pero apuesta por el empleo ordinario para todas las personas. Rechaza de plano que las personas con diversidades estén en los guetos del empleo segregado, esto es, en centros especiales de empleo o enclaves laborales. El empleo segregado si tiene algún sentido es como algo transitorio hacia el empleo ordinario, como un espacio de capacitación para determinadas personas que luego les permita dar el salto al empleo ordinario. Sin embargo, pese a lo que dice la Convención de 2006 y lo que, de forma más tímida, señala el Real Decreto español de 2013, gran parte del empleo de las personas con discapacidad se encuentra en el empleo segregado y no en el empleo ordinario. Esto tiene muchas consecuencias además de la más evidente y escandalosa que es el incumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad: menores salarios, ausencia de representación sindical y colectiva, menor desarrollo profesional, etc. La cuota de reserva del 2% para las empresas de 50 o más trabajadores que existe en España desde los años 80 no se ha tocado, cuando debería incrementarse para adaptarse a la realidad de las personas con diversidades y cuando debería segmentarse porque una persona con diversidad física tiene mayores oportunidades de encontrar un empleo ordinario que una persona con diversidad intelectual. Pero es que, además, el RD 364/2005 incluyó cuatro vías<sup>50</sup> por las cuales las empresas podían evitar cumplir con ese ridículo 2% de cuota de reserva. Y hasta la fecha no hay partido político que haya reclamado la derogación de este Real Decreto y las vías alternativas que incluye están funcionando en la práctica a modo de fraude de Ley, perpetuando la segregación de las personas con discapacidad en el empleo.

Las personas con diversidad mental lo tienen todavía mucho más difícil. En primer lugar, porque en muchas ocasiones no cuentan con un certificado que

---

<sup>50</sup> Art. 2.1 RD 364/2005:

- Celebración de un contrato civil/mercantil con CEE o autónomo con discapacidad para el suministro de materias primas, maquinaria, bienes, en cuantía igual a 3 veces el IPREM por cada trabajador dejado de contratar (22365,42 euros).
- Celebración de un contrato civil/mercantil con CEE o autónomo con discapacidad para la ejecución de actividad o servicios ajenos y accesorios a la actividad normal de la empresa en cuantía igual a 3 veces el IPREM por cada trabajador dejado de contratar (22365,42 euros).
- Donaciones a fundaciones o asociación de utilidad pública para el desarrollo de acciones de integración laboral de personas con discapacidad en cuantía igual a 1,5 veces el IPREM por cada trabajador dejado de contratar (11182,72 euros).
- Constitución de un enclave laboral con un CEE cuya cuantía mínima sea 3 veces el IPREM por cada trabajador dejado de contratar (22365,42 euros).

acredite su discapacidad y eso las excluye tanto de la posibilidad de acogerse a la cuota de reserva como de poder conseguir un empleo en un centro especial de empleo. Habría que plantearse en la legislación española el sentido de la continuidad de ese certificado por varios motivos: en primer lugar, porque la Convención nada dice al respecto; estamos hablando de capacidades diversas que independientemente de su naturaleza en determinadas ocasiones pueden requerir el apoyo o los ajustes razonables que son condiciones de accesibilidad a los derechos, prestaciones y servicios cuando estos no se han podido diseñar de forma universal; y, en segundo lugar, porque tal certificado lo suele dar un médico, es decir, se corresponde con el modelo médico-rehabilitador que precisamente la Convención rechaza y pretende superar. Tampoco hay, hasta donde sabemos, propuestas que aboguen por terminar con este certificado que es estigmatizador, discriminatorio y, en muchos casos, está sujeto a la arbitrariedad de los médicos.

En concreto, por hablar de una diversidad mental ampliamente extendida, la depresión, lo que nos encontramos es que hay reticencias a la hora de dar las bajas por parte de los médicos de atención primaria. Se cree que con los antidepresivos las personas ya están en condiciones de trabajar, pero en los centros de trabajo no hay las ayudas, apoyos y ajustes razonables que estas personas precisarían en caso de no estar en situación de baja. Es necesario un compromiso por parte de las empresas con la diversidad mental, igual que lo es con el resto de las diversidades. Un compromiso que vaya más allá del marketing corporativo. Pero probablemente no podemos confiarlo todo a la buena voluntad de las empresas, sino que es preciso legislar para establecer las obligaciones que las empresas tienen que no son otra cosa sino el reverso de los derechos que la Convención proclama, derechos en este caso, de trabajadores, derechos laborales. Frente a esto, la realidad ya la conocemos: si un trabajador está de baja por depresión puede ser despedido, las mutuas presionan para su alta, los médicos de cabecera en muchas ocasiones también lo hacen. Y al final todo acaba en la vía judicial que no es lo más conveniente para las personas que están en esta situación o, lo que es incluso peor, en que las personas abandonan sus puestos de trabajo con la renuncia a sus derechos.

En definitiva, la diversidad es una realidad, una realidad intrínseca a la dignidad del ser humano. La mental forma parte de esa diversidad. Frente a modelos pasados que al diferente lo recluían en un manicomio, hoy tenemos los manicomios químicos, que son todas las pastillas que se recetan a las personas con malestar y diversidad psíquica en vez de ofrecerles una terapia que no solo debe alcanzar a la persona, sino que tiene que eliminar también los obstáculos que la sociedad pone a esa diversidad. De ahí que sea necesario que la sociedad y las empresas, que los gobiernos, que los médicos, vean la realidad de la diversidad psíquica y se hagan cumplir los derechos que la Convención establece. Mientras tanto, como sucede hoy en día, las tasas de suicidio no pararán de aumentar y de multiplicarse el sufrimiento de miles y miles de personas. No es una cuestión de caridad o de empatía, que también, es una cuestión de derechos.

#### 4. POR UN NUEVO DERECHO DE CIUDADANÍA: LA RENTA BÁSICA UNIVERSAL

Las características de una política como una Renta Básica incondicional que permita la seguridad de unos ingresos monetarios en cualquier situación, sin condiciones y como derecho subjetivo, se vuelven con un grandísimo potencial en la salud pública de la población. En diciembre de 2016 la prestigiosa revista *British Medical Journal*<sup>51</sup> escribía sobre este tema incidiendo en los específicos efectos en la salud que una Renta Básica podría tener comparado con las tradicionales políticas de protección social focalizadas y condicionadas para los pobres. Los resultados empíricos que aporta la experimentación con Renta Básica cuando se toman en consideración indicadores vinculados no sólo a la salud general, como puede ser el número de hospitalizaciones o diagnóstico de enfermedades, si no al aumento o disminución del estrés, sugieren que los beneficios para la salud y, en especial, la salud mental, de una Renta Básica pueden ser muy elevados. Principalmente habría dos razones: la renta básica, al concederse a todas las personas y no sólo a las que en ese momento pueden demostrar que son estadísticamente pobres, termina por percibirse por la población como un seguro general contra la pobreza y eso contribuye a una gran tranquilidad psicológica: saber que siempre tienes derecho a unos ingresos mínimos vitales. La segunda razón es la que se deriva de su incondicionalidad. Esto no sólo permite liberar tiempo en cuanto a las trabas burocráticas por las que debes demostrar que efectivamente eres considerado pobre con todo lo que puede suponer de estigma social y sus efectos psicológicos comprobados nada positivos. Si no que te permite negociar en el mercado laboral con muchas más garantías de que no vas a aceptar trabajos en condiciones que puedan perjudicar tu salud. Estos dos elementos combinados parece que pueden generar grandes cambios en la percepción y asimilación del riesgo y la inseguridad de las personas a lo largo de su ciclo vital.

Esta perspectiva nos obliga también a empezar a considerar las grandes ventajas en términos de costes sobre los sistemas nacionales de salud de una medida como la Renta Básica. Es razonable asumir la gran cantidad de ahorro que esto puede suponer cuando se quieren calcular los costes de una Renta Básica universal comparados a toda una serie de medidas que no irían al origen de estos problemas de salud si no solo a sus efectos individuales. Según las estimaciones del *European Journal of Neurology*, el coste económico que podrían suponer los problemas de salud mental sería de casi 800.000 millones sólo en Europa, de los cuales el 37% corresponden a costes directos en servicios sanitarios, el 23% a costes no sanitarios (cuidados informales) y el 40% a costes indirectos como la pérdida de productividad laboral o la discapacidad crónica, entre otros. En otras palabras, algo como la Renta Básica supondría seguramente grandes ahorros en los sistemas nacionales de salud, a la vez que

<sup>51</sup> Vid. <http://www.bmj.com/content/355/bmj.i6473.full.print> (última consulta 20/10/2019).

sería una política mucho más efectiva para lograr grandes objetivos de salud pública.<sup>52</sup>

La Renta Básica, también al ser un ingreso garantizado individual, incondicional y sin control de recursos, sólo por el hecho de ser ciudadano, posiblemente daría respuestas a buena parte de las situaciones de exclusión del mercado laboral que actualmente sufren muchas personas<sup>53</sup>.

Vamos a enumerar algunos escenarios posibles que se podrían generar con una RB:

- 1) La seguridad económica que podría proporcionar una RB reduciría la incertidumbre vital que padecen determinados grupos de población: desempleados, gente sin cobrar prestación, con contratación precaria, afectados por expedientes de regulación, población inmigrante de países pobres, gente con contratos parciales, trabajadores pobres, etc.
- 2) Tener garantizada una RB que supere el umbral de la pobreza (unos 700€ mensuales) y compatible con otras fuentes de ingresos es una forma posible de promover que muchas personas que actualmente cobran alguna prestación intentaran aproximarse a un empleo sin tanto miedo de perder dicha prestación.
- 3) Facilitaría a mucha gente poder abandonar trabajos basura y dejar de soportar condiciones laborales que les están afectando su salud mental.
- 4) Si la Renta Básica fuera universal podrían desaparecer muchas pensiones y prestaciones de importe inferior, que a la vez van asociadas a unos requisitos muy estigmatizantes, como es el caso de tener que obtener un 65% de discapacidad para poder optar a la Pensión No Contributiva (de 360€ mensuales) para personas con discapacidad.
- 5) A muchas personas les permitiría poder dejar empleos sumergidos, ilegales y penosos que actualmente realizan para complementar su miserable pensión.
- 6) Desaparecería la obligación de participar en algunas acciones y programas de “inserción”, a pesar de que en muchas ocasiones no se tiene ni salud ni fuerzas para mantenerlos. En todo caso, estos podrían hacerse de forma voluntaria y no estar condicionados a perder la prestación o pensión (cómo es el caso de la Renta Activa de Inserción).
- 7) Es una vía para mejorar el vínculo y la relación entre los profesionales de los diferentes dispositivos de servicios sociales con las personas usua-

<sup>52</sup> RAVENTÓS, S. y TENA, A.; “Seguridad material y Renta Básica” en *Sin Permiso*, 19/10/2017. Disponible en <http://www.sinpermiso.info/textos/seguridad-material-y-salud-mental> (última consulta 20/10/2019).

<sup>53</sup> RAVENTÓS, S. y SAMPIETRO, H.; “Derechos humanos y salud mental. La Renta Básica en la agenda”, 2018. Disponible en <https://madinamerica-hispanohablante.org/derechos-humanos-y-salud-mental-la-renta-basica-en-la-agenda-sergi-raventos-y-hernan-maria-sampietro/> (última consulta 20/10/2019).

rias de los mismos. Habiendo una Renta Básica, las relaciones estarían más orientadas a afrontar determinados problemas y no a controlar las prestaciones, ya de por sí insuficientes, de estos ciudadanos. Así, las relaciones entre profesional-usuario serían de mutua confianza.

- 8) Permitiría seguramente ordenar de forma más racional los recursos económicos, sociales, laborales, etc. que hay para este grupo de población y que en muchas ocasiones no están suficiente supervisados ni inspeccionados por parte de la Administración pública, produciéndose en ocasiones situaciones de abusos y de explotación laboral.

Una Renta Básica ampliaría seguramente el abanico de oportunidades vitales para las personas con la experiencia del trastorno mental –empleos parciales, empleos en entornos protegidos, voluntariado, estudios, reciclaje profesional, etc.–, al cubrir necesidades básicas sin presión social ni estigma. Esto sin duda revertiría positivamente en el bienestar emocional y en las oportunidades de desarrollar un proyecto de vida, siendo inclusivas con todas las personas, más allá de sus circunstancias o dificultades, protegiendo y aumentando el poder de negociación también a quienes no tienen la posibilidad o el deseo de emplearse en el mercado laboral. Consistiría en una forma, entre otras, de acabar con las barreras sociales a las que se enfrentan las personas con diversidad mental.

## 5. A MODO DE CONCLUSIÓN

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad ha supuesto un antes y un después en la teoría e historia de los derechos humanos pudiéndose considerar la declaración de derechos del siglo XXI. La Convención viene a valorar todas las diversidades como algo a tener en cuenta que enriquece a los grupos sociales y las comunidades; además pone el acento en superar la minusvaloración que muchas diversidades han tenido a lo largo del tiempo, consecuencia de una visión capacitista, productivista, masculina y empleocéntrica, subrayando que la discriminación sufrida por las personas con estas diversidades es un problema social y no médico.

Sin embargo, siendo tan clara la Convención, parece que hay un campo al que todavía no ha llegado: el de la discapacidad psico-social o diversidad mental. Nos encontramos que esto sigue estando en el ámbito de la medicina, quizá por los intereses económicos que hay de la industria farmacéutica por detrás, y porque la legislación de muchos Estados (en concreto de España) no ha asimilado que el enfoque social se extiende también a la diversidad mental. La estigmatización que supone el hecho de hablar de “enfermedad mental” hace que estas personas tengan muchas más dificultades para el pleno reconocimiento social y para la integración en un mercado laboral, como el actual, que en muchísimas ocasiones es el causante del malestar psíquico. Un malestar que pretende solo aplacarse con una excesiva medicalización que no tiene en cuenta las condiciones económicas, materiales, sociales que lo pro-

vocan. Por eso, se hace necesario ya no solo intentar eliminar el certificado de discapacidad como requisito para acceder a muchos servicios y prestaciones de nuestro sistema, sino re-orientar toda la práctica psicológica y psiquiátrica para que adopten el enfoque social y se abandone una práctica basada en el medicamento para buscar y luchar contra las causas sociales que muchas veces provocan el malestar psíquico. Ello, como resulta obvio, sin prescindir en aquellos casos que sea necesario de los tratamientos médicos, pero poniendo también en estas situaciones el acento en el cuidado comunitario, de unos a otros, como miembros de la misma sociedad que permita a cada cual desarrollarse como personas con igual dignidad sea cual sea su situación mental.

Uno de los instrumentos que pueden facilitar esto es la Renta Básica universal e incondicional por la seguridad y la libertad que da a todos los ciudadanos. En un mercado neoliberal como el que existe hoy en día, donde se culpabiliza al desempleado de su situación, una política pública como la renta básica no solo eliminaría la pobreza, sino que también contribuiría a reducir el malestar psíquico que crean las condiciones neoliberales de vida contribuyendo, de esa manera, a eliminar los obstáculos sociales a los que se enfrentan las personas con diversidad mental.

## ANEXO TABLAS

*Tabla 1*

**Análisis de la prevalencia de la Limitación de la Capacidad de Obrar por tipo de recursos. (años 2015 y 2018)**

|                    | CRPS                   | CD    | EASC  | CRL   | MR    | Pisos | Pensiones | Sin Hogar | TOTAL |       |
|--------------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-----------|-------|-------|
| <b>2015</b>        | Personas atendidas     | 1.124 | 1.229 | 1.124 | 573   | 212   | Nd        | 187       | 6308  |       |
|                    |                        | %     | %     | %     | %     | %     | %         | %         | %     |       |
|                    | Cap. De obrar limitada | 8'20  | 24'19 | 17'81 | 2'66  | 34'72 | 20'75     | Nd        | 11'76 | 14'88 |
|                    | Limitación Total       | 66'66 | 88'23 | 76'71 | 60'00 | 87'43 | 68'18     | Nd        | 72'72 | 79'65 |
|                    | 33'33                  | 11'76 | 23'28 | 40'00 | 12'56 | 31'81 | Nd        | 27'27     | 20'34 |       |
| Personas atendidas | 1.886                  | 1.140 | 1.236 | 1.255 | 584   | 209   | 42        | 196       | 6548  |       |
|                    | %                      | %     | %     | %     | %     | %     | %         | %         | %     |       |
| <b>2018</b>        | Cap. de obrar limitada | 9'00  | 23'80 | 16'30 | 2'50  | 36'60 | 25'4      | 11'90     | 11'20 | 14'78 |
|                    | Limitación Total       | 70'41 | 83'39 | 71'28 | 59'37 | 89'71 | 75'47     | 60'00     | 81'81 | 78'61 |
|                    | Limitación Parcial     | 29'68 | 16'60 | 28'71 | 40'62 | 10'28 | 24'52     | 40'00     | 18'18 | 21'38 |

*Tabla 2*

**Análisis de la prevalencia en hombres de la Limitación de la Capacidad de Obrar en los diferentes recursos de la Red. (años 2015 y 2018)**

|             | <b>HOMBRES</b>         | <b>CRPS</b> | <b>CD</b> | <b>EASC</b> | <b>CRL</b> | <b>MR</b> | <b>Pisos</b> | <b>Pensiones</b> | <b>Sin Hogar</b> | <b>TOTAL</b> |
|-------------|------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|-----------|--------------|------------------|------------------|--------------|
| <b>2015</b> | Hombres atendidos      | 1.237       | 689       | 650         | 768        | 340       | 130          | Nd               | 127              | 3.941        |
|             |                        | %           | %         | %           | %          | %         | %            | %                | %                | %            |
|             | Cap. De obrar limitada | 8'4         | 24'1      | 19'2        | 2'6        | 35        | 23'1         | Nd               | 9'4              | 14'6         |
|             | Limitación Total       | 68'3        | 88'0      | 79          | 60         | 87'4      | 76'7         | Nd               | 80'4             | 80'4         |
|             | Limitación Parcial     | 31'7        | 12        | 20'8        | 40         | 12'6      | 23'3         | Nd               | 19'6             | 19'6         |
| <b>2018</b> | Hombres atendidos      | 1.213       | 699       | 677         | 815        | 356       | 128          | 29               | 135              | 4.042        |
|             |                        | %           | %         | %           | %          | %         | %            | %                | %                | %            |
|             | Cap. de obrar limitada | 9'2         | 26'2      | 17'8        | 2'7        | 37'1      | 25'8         | 13'8             | 11'1             | 15'3         |
|             | Limitación Total       | 73          | 84        | 73          | 72'7       | 92'4      | 84'8         | 50               | 80               | 81'4         |
|             | Limitación Parcial     | 27          | 7         | 4           | 27'3       | 7'6       | 15'2         | 50               | 20               | 18'6         |

Tabla 3

**Análisis de la prevalencia en mujeres de la Limitación de la Capacidad de Obrar en los diferentes recursos de la Red. (años 2015 y 2018)**

|             | MUJERES                | CRPS | CD   | EASC | CRL | MR   | Pisos | Pensiones | Sin Hogar | TOTAL |
|-------------|------------------------|------|------|------|-----|------|-------|-----------|-----------|-------|
| <b>2015</b> | Mujeres atendidas      | 622  | 435  | 579  | 356 | 233  | 82    | Nd        | 60        | 2.367 |
|             |                        | %    | %    | %    | %   | %    | %     | %         | %         | %     |
|             | Cap. De obrar limitada | 7'9  | 24'4 | 16'2 | 2'8 | 34'3 | 17'1  | Nd        | 16'7      | 15'3  |
|             | Limitación Total       | 63'3 | 88'7 | 73'4 | 60  | 87'5 | 50    | Nd        | 80        | 78'5  |
|             | Limitación Parcial     | 36'7 | 11'3 | 26'6 | 40  | 12'5 | 50    | Nd        | 20        | 21'5  |
| <b>2018</b> | Mujeres atendidas      | 673  | 441  | 569  | 440 | 228  | 81    | 13        | 61        | 2.506 |
|             |                        | %    | %    | %    | %   | %    | %     | %         | %         | %     |
|             | Cap. de obrar limitada | 8'6  | 20   | 14'6 | 2'3 | 36   | 24'7  | 7'7       | 11'5      | 13'9  |
|             | Limitación Total       | 65'5 | 80'7 | 67'5 | 30  | 85'4 | 60    | 100       | 85'7      | 73'6  |
|             | Limitación Parcial     | 34'5 | 19'3 | 32'5 | 70  | 14'6 | 40    | 0         | 14'3      | 26'4  |

**MANTÉNGASE INFORMADO  
DE LAS NUEVAS PUBLICACIONES**

**Suscríbase gratis  
al boletín informativo  
[www.dykinson.com](http://www.dykinson.com)**

**Y benefíciense de nuestras ofertas semanales**

La pandemia de la COVID19 nos mantiene en una situación de gran incertidumbre ante el futuro. La reflexión existencial, ética, social y político-jurídica, va de suyo en estos momentos, ¿qué es la vida? ¿Cuál es la condición de lo humano? ¿Qué cuidado soy del otro? ¿Qué responsabilidad tengo con los mayores que nos han sostenido? ¿Cómo afronta la sociedad el hacerse cargo de los colectivos más frágiles? ¿Seremos capaces de articular proyectos comunes? ¿Desde qué paradigmas? ¿Desde qué valores fundamentaremos nuestro orden jurídico-político?

Este libro, *En tiempos de vulnerabilidad: reflexiones desde los Derechos Humanos*, que el lector tiene ante sus ojos es el resultado del Congreso sobre “Derechos Humanos y Vulnerabilidad” organizado en la UNED en abril de 2019, por el Grupo de investigación “Derechos Humanos, Bioética y Multiculturalismo”. Nadie presagiaba entonces que las contribuciones, tanto las generales como las ceñidas a situaciones concretas, que se fueron desgranando en aquellos días, iban a volverse en tan poco tiempo de tanta actualidad.

Las cuestiones que este libro incluyen van desde la necesidad de incluir el principio de vulnerabilidad como criterio normativo para las políticas públicas, como el estudio acerca de las grietas de cuidado que padecen las personas mayores en la fase final de su vida. También se aborda el estudio de la vulnerabilidad en las personas con discapacidad, así como la necesaria mirada simétrica en el ejercicio de la psiquiatría. La renta básica universal para las familias vulnerables es objeto de un exhaustivo estudio, así como la problemática de la asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares, conjugando el principio de universalidad y de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Estos y otros estudios configuran las reflexiones que conforman este libro que ahora ve la luz, sin que en el momento de escribirse, pudiéramos pensar la actualidad que en este momento alcanzarían.

Ana María Marcos del Cano, Catedrática de Filosofía del Derecho de la UNED, es autora y editora de otras publicaciones, como *Voluntades Anticipadas* (2014), *El derecho a la asistencia sanitaria para todos: una visión integral* (2017), *Y de nuevo la eutanasia: una mirada nacional e internacional* (2019), junto con Javier de la Torre.

