

Derechos humanos y salud mental. La Renta Básica en la agenda



Sergi Raventós *Hernán Sampietro* 29/06/2018

En este artículo se defiende la renta básica incondicional desde una perspectiva de los derechos humanos fundamentales. Una Renta Básica implica una seguridad económica, una condición del todo necesaria e imprescindible para poder optar a una vida digna y, por ello, un pilar para favorecer también una buena salud mental a toda la ciudadanía.

Marco Normativo y planes de Salud Mental

Actualmente, en Cataluña nos encontramos en un contexto de cambio de las políticas públicas de salud mental. Desde la Generalitat se está impulsando una adaptación de la atención que cumpla con las normativas y planes internacionales. En este sentido, tanto Plan Integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones 2017 – 2019, como las Estrategias 2017 – 2020 del Plan director de salud mental y adicciones, plantean la necesidad de un nuevo paradigma, basado en el Modelo de Recuperación y la atención basada en derechos.

Ambos documentos marco, elaborados con la participación de los movimientos asociativos, incluyen por primera vez una línea estratégica específica de derechos. En este sentido, el Plan Director propone en su Línea Estratégica 2: “Mejorar las prácticas asistenciales en relación con los derechos de las personas y potenciar nuevas capacidades de participación y empoderamiento de las personas usuarias de los servicios”.

Esta orientación de las políticas sanitarias locales sigue las directrices marcadas desde Europa. Así, el Plan de acción europeo por la salud mental 2013-2020 tiene entre sus objetivos específicos:

- 3º Objetivo: “Promoción de un abordaje basado en los derechos humanos, que prevenga la estigmatización, la discriminación y la exclusión social.”
- 4º Objetivo: “Desarrollo de un enfoque basado en la comunidad, orientado a la recuperación y a la inclusión social, que centre las intervenciones asistenciales en las fortalezas y las capacidades de las personas.”

Este cambio de mirada se basa en la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, elaborada en el año 2006, y ratificada por el Reino de España el año 2008. Este tratado internacional de derechos humanos es un marco normativo implementado para garantizarlos y protegerlos. Contiene 50 artículos y ha sido elaborado conjuntamente por profesionales, personas que tienen alguna discapacidad (entre ellas la discapacidad por motivo de salud mental) y familiares. Se han adherido más de 170 países al tratado, incluido España, que lo ha ratificado. La ratificación de la Convención significa que se incorpora al marco legal de un país, el cual se compromete a su cumplimiento.

La Convención supone un cambio en las políticas sobre la discapacidad, pasando a considerar a las personas de este colectivo como sujetos titulares de derechos y no como meros objetos de tratamiento y protección social. Para contextualizar lo que supone este documento, encontramos que entre sus principios generales están: (a) el respeto de la dignidad inherente y la autonomía individual; (b) la no discriminación; (c) la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad; (d) la igualdad de oportunidades; etc. Y, entre sus artículos, podemos destacar: (art. 5) Igualdad y no discriminación; (art. 19) Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad; (art. 27) Trabajo y empleo; (art. 28) Nivel de vida adecuado y protección social; etc.

Sin entrar a valorar lo que sucede en los contextos asistenciales de salud mental -lo cual requeriría otra reflexión basada en el Art. 14 “Libertad y seguridad de la persona” y el Art. 15 “Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”-, a 10 años desde que entró en vigencia este marco normativo, podríamos preguntarnos: ¿se está cumpliendo la Convención en el Reino de España? ¿Cuál es el contexto local actual? ¿El cambio de modelo, en Cataluña u otras comunidades autónomas, puede hacerse en estas condiciones?

Situación socio-laboral actual y efectos en la salud mental

Tanto en el Reino de España como en otros países de nuestro entorno, la realidad señala que el paro y la exclusión del mundo laboral son dos situaciones habituales que solemos sufrir la mayoría de personas cuando recibimos un diagnóstico de trastorno mental severo. No existe ningún otro colectivo con unas cifras de paro tan elevadas. Según un reciente estudio, en España 5 de cada 6 personas (el 85,7%) con un grado de discapacidad por motivos de salud mental no tiene empleo. De entre todas las discapacidades (físicas, sensoriales, psíquicas) las personas con problemas de salud mental tienen la participación en el mercado laboral más baja.

Si bien el Artículo 42 de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social establece la obligatoriedad para las empresas de más de 50 empleados de una cuota de, al menos, el 2% de los puestos de trabajo reservados para personas con una discapacidad

del 33% o superior, en la práctica lo habitual es el incumplimiento de la ley. Y no se cumple porque en España ni se persigue ni se penaliza esta situación. Además, en caso de que algunas empresas cubran la cuota, lo hacen priorizando otros tipos de discapacidades, pues la ley no especifica el motivo de la misma.

También encontramos los Centros Especiales de Empleo (CEE) que son una de las formas de empleo protegido que desde 1982 por la Ley 13/1982 se viene desarrollando. A pesar de ser diseñados en origen para ser una vía secundaria para garantizar el acceso al mercado laboral y para que tuviesen un carácter de transición para la integración de personas con discapacidad en el mercado laboral ordinario, suponen un ámbito separado del mercado laboral común, lo que genera a la larga mayor marginación y no logra la integración pues se convierten en el destino definitivo del trabajador con discapacidad al no ser un instrumento de accesibilidad del empleo protegido al ordinario, pues las tasas de transición nunca superan el 5%.

Más allá del paro estructural, otro factor de exclusión social tiene que ver con los trabajos precarios y mal remunerados que no permiten salir de la pobreza. Situación que afecta a una alta proporción de las personas asalariadas y no sólo a quienes llevan un diagnóstico. En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo, en su informe: Perspectivas sociales y del empleo en el mundo – Tendencias 2018, nos alerta de que, en el 2017, 1.400 millones de personas tenían empleos precarios -lo que representa el 45% de las personas empleadas en el mundo-, y que la pobreza laboral es una situación generalizada que va en aumento.

En la relación entre trabajo y salud mental encontramos una co-relación, una retroalimentación del ciclo patológico de la exclusión social. Hemos visto que, por una parte, un trastorno mental es una barrera para el acceso al mercado laboral. Pero, a su vez, el desempleo, los trabajos precarios y pobremente remunerados son factores que afectan negativamente la salud mental -y la salud, en general, en tanto que limitan el acceso a los bienes saludables. Así, los efectos de la exclusión social perpetúan y generan una mayor exclusión.

Aquí, es necesario tener en cuenta que la exclusión social no se reduce a la pobreza económica (aunque la incluya), sino que también supone una barrera y/o una mayor dificultad para las oportunidades de formación, crecimiento personal y participación en la sociedad; afecta la autoestima, las relaciones sociales y el bienestar emocional. En este sentido, según la evidencia empírica el desempleo es un factor iatrogénico para la salud mental, así como también una causa de precipitación de trastornos mentales, incrementando significativamente el riesgo de ingreso psiquiátrico para las personas con periodos de paro de más de seis meses. En este sentido, se ha observado que el 5,6% de las personas con empleo padecen depresión, en las desempleadas el índice es del 12,4% y en las que llevan más de 6 meses y medio en esta situación asciende hasta el 18%. Está claro que los recursos económicos son determinantes. Algunos autores han estimado que quedarse en el paro sin prestación puede aumentar hasta tres veces los riesgos de padecer problemas de salud mental en el caso de profesionales y si se pertenece a la clase obrera puede llegar hasta siete veces más.

También es importante señalar que el efecto del paro sobre la salud mental depende de la clase social y lo hace de forma distinta según el género: entre los hombres es superior en los de clase social más baja, mientras que en las mujeres lo es en las más cualificadas.

Ahora bien, la idea de que el trabajo dignifica o es una fuente de bienestar es un mito a revisar. Trabajar puede ser saludable o enfermarnos en función de las condiciones laborales. Un empleo precario, inestable, de baja consideración social, para el que estamos sobre cualificadas, con bajos sueldos, elevado estrés y exigencias, amenazas de despido y/o escaso control sobre la tarea desempeñada, es un importante factor de malestar psíquico y una posible causa del desarrollo de un trastorno mental. Incluso, tal vez es más saludable (o menos perjudicial) estar en una situación de desempleo subsidiado o cobrando una pensión que trabajar en estas condiciones [estudio, estudio]. Precisamente, estos suelen ser los tipos de empleos que se reservan a las personas con una discapacidad por motivos de salud mental.

Modelo de Recuperación y exclusión social: el (mal) ejemplo británico

Una vez descrito el contexto, retomemos la pregunta: ¿es posible implementar un cambio en las políticas de salud mental de un territorio, desatendiendo el derecho a una vida digna? Para responderla, lo primero es conocer qué propone el modelo hacia el que se quiere evolucionar. Como veremos, buena parte de los fundamentos del nuevo modelo tienen que ver con estas necesidades. Así, entre los Principios Básicos de la Recuperación establecidos por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abusos de Sustancias de EEUU, encontramos:

- La recuperación es holística y supone un abordaje integral. Atender un problema de salud mental requiere dar respuesta a las necesidades básicas de vivienda, alimentación, salud física, educación, trabajo, participación en la comunidad, etc.
- La recuperación supone respeto de nuestros derechos y preferencias, En este sentido, no hay recuperación sin derechos y/o sin autodeterminación. Trabajar por la salud mental exige luchar contra la discriminación, protegernos de abusos, maltratos y exclusión.

Si queremos, más allá de las buenas intenciones, introducir el Modelo de Recuperación en las políticas sanitarias es fundamental cambiar el objetivo de las intervenciones [texto, texto], poniendo el foco en la salud y el bienestar personal, mirar más allá del aspecto clínico o funcional, y favorecer la construcción de una identidad “no enferma”. Además, supone atender a las condiciones reales de vida de las personas. La indigencia o la exclusión imposibilitan recuperarnos, no hay recuperación sin inclusión social, se requiere tener unas condiciones de vida digna. Igualmente, la soledad y el aislamiento son una barrera a la recuperación. Hay que trabajar para rehacer o fortalecer las redes de vínculos y relaciones personales y comunitarias que todas, con o sin un diagnóstico, necesitamos para nuestro bienestar.

La experiencia que vamos a vivir en Catalunya con un cambio de modelo sanitario en salud mental no es nuevo. Tenemos como referencia lo que ha sucedido en otros países de nuestro entorno que han intentado llevar adelante esta transformación. Para entender el riesgo de perversión que supone promover el Modelo de Recuperación en un contexto en el cual se desatienden los factores socio-

económicos, laborales y de inclusión social, tenemos el (mal) ejemplo del Sistema Nacional de Salud Británico.

Lo que allí ha sucedido lo resume el movimiento crítico Recovery in the Bin, quienes denuncian una intrusión neoliberal que ha coaptado al modelo, pervirtiéndolo. Como remarca este movimiento: no nos podemos recuperar en un contexto de pobreza, inequidad, pérdida del estado de bienestar, vulneración de derechos y discriminación. Cuando se da una contradicción entre las intenciones y el contexto de implementación de las políticas sanitarias, los efectos pueden ser contrarios a lo que se pregona. Así, según Recovery in the Bin:

“El enfoque de Recuperación comenzó con principios nobles, pero ha sido colonizado por la ideología neoliberal y ahora funciona principalmente como una tapadera para la coerción, la culpabilización de las víctimas, la denegación de discapacidad y la eliminación de servicios.”

En definitiva, si no queremos llegar a la misma situación de Gran Bretaña, en donde el cambio de modelo no fue un medio para promover la autodeterminación, la corresponsabilidad y la atención basada en derechos, sino para imponer o perpetuar tratamientos forzosos y quitar beneficiosos sociales y recursos sanitarios, es fundamental garantizar unas condiciones de vida digna para las personas con la experiencia del trastorno mental y la población, en general.

La Renta Básica: una posible respuesta al dilema

En una situación como la que hemos planteado más arriba, consideramos que la propuesta de la Renta básica (RB) de ciudadanía puede jugar un papel fundamental de integración social e inclusión laboral para las personas con problemas de salud mental.

La Renta Básica, como 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. Vamos a enumerar algunas.

1. La seguridad económica que puede proporcionar una RB podría reducir la incertidumbre vital que padecen determinados grupos de población: gente en el paro, sin prestación, con contratación precaria, afectados por expedientes de regulación, población inmigrante de países pobres, etc.
2. Tener garantizada una RB que supere el umbral de la pobreza (unos 620€ mensuales) y compatible con otras fuentes de ingresos, como la que plantean algunos autores es una forma posible de promover que muchas personas que actualmente cobran alguna pensión intentaran aproximarse a un empleo sin tanto miedo de perder dicha pensión.
3. Facilitaría a mucha gente poder dejar trabajos basura pues tienen que soportar condiciones laborales que les están afectando progresivamente su salud mental.
4. Aumentaría el interés por algunos empleos a tiempo parcial para poder tener otros planes de vida, al ser totalmente compatibles con la Renta Básica.
5. Si la Renta Básica fuera universal podrían desaparecer muchas pensiones y prestaciones de importe inferior, que van asociadas a unos requisitos estigmatizantes, como es el caso de tener que obtener un 65% de disminución para poder optar a la Pensión No Contributiva (de 360€ mensuales) para personas con discapacidad.
6. A muchas personas les permitiría poder dejar empleos sumergidos, ilegales y penosos que

actualmente realizan para complementar su miserable pensión.

7. Podría incluso facilitar proyectos de auto ocupación o cooperativos, que hoy se hacen inviables al no disponer de un colchón económico para poder invertir y arriesgar sin endeudarse.
8. 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).
9. Es una vía para mejorar el vínculo y la relación entre las profesionales de los diferentes dispositivos de servicios sociales con las personas usuarias 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 estas ciudadanas. Así, las relaciones entre profesional-usuaria serían más de mutua confianza.
10. 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.

Para concluir, creemos que una Renta Básica ampliaría 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 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.

Así como en su momento el acceso universal a la sanidad, que hoy peligró, fue una revolución para la salud de la población, la Renta Básica podría funcionar como un recurso fundamental y un contexto de posibilidad para favorecer la implementación de un nuevo modelo sanitario en salud mental. Para muchas, puede ser determinante en el cumplimiento del derecho a una vida digna o el derecho a la existencia.

Sergi Raventós

Es trabajador social en una fundación de salud mental de Barcelona y Doctor en Sociología. Colabora habitualmente con Sin Permiso

Hernán Sampietro

es Psicólogo social y Coordinador de proyectos de Asociación ActivaMent Catalunya

URL de origen (modified on 01/07/2018 - 12:39): <https://www.sinpermiso.info/textos/derechos-humanos-y-salud-mental-la-renta-basica-en-la-agenda>