



## **DERECHO Y SALUD MENTAL: CAPACIDADES, DERECHOS, JUSTICIA**

**Prof. Dr. José Antonio Seoane**

Doctor en Derecho (UDC) y Experto en Bioética sanitaria (UCM)

Profesor Titular de Filosofía del Derecho. Universidade da Coruña (España)

Miembro del Comité de ética asistencial. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (A Coruña)

### *Índice*

#### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **2. UN PUNTO DE PARTIDA INELUDIBLE: LA RESPUESTA CIENTÍFICO- CONCEPTUAL**

#### **3. UN MODELO DE RELACIÓN SOCIOASISTENCIAL EN SALUD MENTAL BASADO EN LOS DERECHOS: EL MODELO IUSFUNDAMENTAL**

#### **4. EL FUNDAMENTO DEL MODELO IUSFUNDAMENTAL: EL ENFOQUE DE LAS CAPACIDADES**

#### **5. LAS RELACIONES ENTRE LAS CAPACIDADES Y LOS DERECHOS**

#### **6. LA ACTUACIÓN DEL MODELO IUSFUNDAMENTAL: UN MARCO DE PRINCIPIOS**

6.1. *Dignidad*

6.2. *Libertad*

6.3. *Igualdad*

6.4. *Protección*

6.5. *Proporcionalidad o razonabilidad*

#### **7. LA FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN DEL DERECHO EN LA ESFERA DE LA SALUD MENTAL: ACTITUDES Y OBJETIVOS**

7.1. *Promoción de la salud mental*

7.2. *Prevención de los trastornos mentales*

7.3. *Afirmación de las capacidades y reconocimiento de las limitaciones*

7.4. *Promoción de la autodeterminación y cuidado de la dependencia*

7.5. *Rehabilitación de la autonomía y de la identidad*

7.6. *Eliminación de la discriminación*

7.7. *Una vida de calidad como corolario*

#### **8. CONCLUSIÓN: CAPACIDADES, DERECHOS, JUSTICIA**

#### **BIBLIOGRAFÍA**

Trabajo remitido a la revista "Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria"

## 1. INTRODUCCIÓN

La relación entre el Derecho y la salud mental es el objetivo de estas páginas. Dicha relación puede ser expuesta de modos diversos. Mi reflexión, que combinará la perspectiva jurídica con la perspectiva moral o, en sentido amplio, filosófica, y aun la perspectiva política, pretende presentar el modelo de fundamentación de la relación entre salud mental y Derecho que estimo más plausible.

Un prometedor punto de partida es el diseñado por la Organización Mundial de la Salud en su documento *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles*, enumerando diez principios básicos para la atención de la salud mental por parte del Derecho (World Health Organization, 1996):

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.
2. Acceso a los cuidados básicos de salud mental.
3. Evaluación de la salud mental conforme a principios aceptados internacionalmente.
4. Disponibilidad del tipo menos restrictivo posible de cuidados de salud mental.
5. Autodeterminación.
6. Derecho a recibir asistencia en el ejercicio de la autodeterminación.
7. Disponibilidad de un procedimiento de revisión.
8. Mecanismos automáticos de revisión periódica.
9. Responsables de las tomas de decisiones cualificados.
10. Respeto del imperio de la ley.

Cada uno de estos principios incorpora una serie de elementos y unas medidas de ejecución que catalogan un ambicioso mínimo común básico para la atención jurídica de la salud mental. La Organización Mundial de la Salud ha continuado este desarrollo mediante diversas iniciativas, de las que destacaría *Mental Health Legislation and Human Rights* (World Health Organization, 2003) y *WHO Resource Book on Mental Health. Human Rights and Legislation* (World Health Organization, 2005), completas guías donde se realiza un examen comparado del estado de la cuestión y se proporcionan herramientas para el diseño de las respuestas jurídicas a la salud mental.

Una intervención eficaz del Derecho en materia de salud mental ha de responder a tres interrogantes: “por qué”, “qué” y “cómo”, es decir, el contexto, el contenido y los procesos de las medidas jurídicas (World Health Organization 2005, xv). A diferencia de las recién mencionadas guías, no me ocuparé de las modalidades legislativas ni estudiaré en detalle las respuestas existentes en el sistema jurídico español u otros sistemas jurídicos (para ello pueden consultarse Biel y Rey 2006a y 2006b, Cardona 2001, Cardona y Sanjosé, Seoane (dir.) 2003a y 2006, en el plano internacional, y Seoane (dir.) 2001, 2003b y 2004, en el plano nacional); tampoco sugeriré alternativas reguladoras concretas sobre alguna de las múltiples necesidades de las personas con trastornos mentales (en adelante emplearé la locución “persona con trastornos mentales” con carácter genérico). De los tres interrogantes apuntados me centraré en el primero, e intentaré mostrar las razones del enfoque adoptado por

dichos documentos, anclado en los derechos humanos; esto es, cuál es el fundamento de las respuestas sugeridas por la Organización Mundial de la Salud. Lo haré proponiendo un marco de cinco principios básicos más generales y universales sobre el tratamiento jurídico de la salud mental: dignidad, libertad, igualdad, protección y proporcionalidad, que son los cauces de actuación y garantía de los tres objetivos primordiales del Derecho en la esfera de la salud mental: capacidades, derechos, justicia.

## **2. UN PUNTO DE PARTIDA INELUDIBLE: LA RESPUESTA CIENTÍFICO-CONCEPTUAL**

El tratamiento jurídico de la salud mental ha pasado por diversas etapas, diferenciadas en atención a la actitud de la sociedad ante las personas con trastorno mental y a su posición en el contexto social. De la ignorancia y la marginación se avanza hacia la presencia y la inserción en la sociedad. Del silencio y el monólogo al diálogo. Más aún, el tratamiento jurídico de la salud mental ha pasado de ocuparse de los afectados por el trastorno mental a universalizar sus respuestas: la salud mental es una necesidad de todos los ciudadanos (World Health Organization 2005, 1). Resta, tal vez, prestar una atención particular a la situación de los cuidadores, cuya salud mental puede necesitar un tratamiento específico en razón, precisamente, de la atención de la salud mental de otros (Kittay). (En general, sobre la evolución de la situación jurídica, Bercovitz, Carretero, Díez-Picazo, Seoane 1999 y 2004a).

La renovación ha sido profunda. De la atención preferente a lo adjetivo (la existencia de un trastorno mental) se ha pasado a lo sustantivo (la condición de persona) (World Health Organization 2001, 262, 264). El paternalismo benéfico y heterónomo ha dado paso al reconocimiento jurídico de los derechos y la dignidad de la persona con trastornos mentales, como un ciudadano más. De un enfoque basado en la patología (la enfermedad o el trastorno mental) y la subsiguiente respuesta (tratamiento, curación, recuperación) a un enfoque positivo e integral: promoción de la salud mental, como capacidad básica para la vida y el bienestar personal y social de todos los ciudadanos.

La evolución de las definiciones y clasificaciones de la discapacidad en las ciencias de la salud coincide con lo afirmado (World Health Organization 1980, 1989, 2001). Ejemplo de ello es la CIF, que ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (World Health Organization 1980) a una clasificación de “componentes de salud” (World Health Organization 2001, 4), de aplicación universal, válida no sólo para personas con discapacidad sino para todas las personas (World Health Organization 2001, 8). Su punto de partida es el funcionamiento, tanto desde una perspectiva individual como desde una perspectiva social, y sus elementos clave son las funciones, las actividades y la participación y los factores ambientales o contextuales (World Health Organization 2001, 8 ss.). Su contrapartida está constituida por las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, que se refieren a los problemas o dificultades en alguno de los componentes anteriores; en otras palabras, los aspectos positivos y negativos, respectivamente, de la salud y vida de un individuo. En consecuencia, de la

discapacidad como deficiencia y responsabilidad individual se ha pasado a la discapacidad como diferencia y al reconocimiento de la responsabilidad social (World Health Organization 2001, 20-22), como un fenómeno multidimensional resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social (World Health Organization 2001, 262).

### **3. UN MODELO DE RELACIÓN SOCIOASISTENCIAL EN SALUD MENTAL BASADO EN LOS DERECHOS: EL MODELO IUSFUNDAMENTAL**

La elección de las respuestas jurídicas adecuadas en materia de salud mental exige identificar previamente cuál es el modelo de relación socioasistencial que guía la actuación del Derecho. Aunque puede configurarse de formas muy diversas, es posible reconducir a tres los variados modelos de fundamentación de dicha relación, en razón de las posiciones y las actitudes típicas de los sujetos de dicha relación: el modelo paternalista, el modelo autonomista y el modelo iusfundamental (cfr. tabla 1). Tanto paternalismo como autonomismo aparecen como modelos extremos y fallidos. Frente a ellos se alza el modelo iusfundamental o basado en los derechos, que elude los defectos de los otros dos e incorpora rasgos adicionales. No procede ahora dar cuenta detallada del significado y las características de cada uno de los modelos (Seoane 2004b y 2005); en cambio, sí resulta conveniente conocer algunas notas distintivas del modelo iusfundamental, en forma de argumentos y razones a favor de mi propuesta.

Los derechos humanos se reconocen en razón de la condición de persona y reflejan y garantizan valores de alcance universal. Constituyen, en tal sentido, *universalia iuris materialis*, un elemento que ha de estar presente, en cualquier tiempo y lugar, en todo sistema jurídico que pretenda ofrecer respuestas jurídicas justas en materia de salud mental. Existe, además, un creciente consenso internacional en torno a la noción de derechos humanos como valor generalmente aceptado por la comunidad internacional (World Health Organization 2003 y 2005), lo que ratifica la propuesta del modelo iusfundamental o basado en los derechos como marco de referencia para articular las relaciones entre el Derecho y la salud mental.

### **4. EL FUNDAMENTO DEL MODELO IUSFUNDAMENTAL: EL ENFOQUE DE LAS CAPACIDADES**

El modelo de relación basado en los derechos parte de la consideración igual de toda persona, con o sin trastorno mental, como un individuo digno, libre, igual e implicado en una red de relaciones personales y sociales. Se trata de un individuo vulnerable y dependiente del mundo exterior y los demás, que desarrolla su proyecto vital desde sí mismo, plasmando sus potencialidades de razón práctica y sociabilidad en diálogo y cooperación con los otros, con la comunidad. Esta configuración antropológica pone de relieve que la actuación humana no es independiente del contexto, y que el desarrollo personal requiere capacidades o aptitudes personales y determinadas condiciones externas, materiales e institucionales, y un conjunto de

afiliaciones significativas. Más aún, el entorno y los apoyos condicionan nuestro estado de salud y, en concreto, la salud mental, teñida de los rasgos de la sociedad en la que se manifiesta. Mi intento de dar razón de las relaciones entre Derecho y salud mental y articular una respuesta jurídica ajustada a la situación de las personas con trastorno mental mediante el modelo iusfundamental coincide en buena parte con el denominado *enfoque de las capacidades*, desarrollado principalmente por Amartya Sen y Martha C. Nussbaum (Sen 1999, Nussbaum 2002 y 2006).

La finalidad de la intervención jurídica en materia de salud mental no puede limitarse al conocimiento del grado de satisfacción o bienestar personales o a proporcionar bienes o recursos. Idénticos recursos materiales no garantizan necesariamente una igualdad real ni tampoco un margen suficiente de libertad para el desarrollo del propio programa vital, y pueden resultar inútiles o insuficientes para algunas personas con trastornos mentales. Los individuos varían mucho en sus necesidades de recursos y en sus capacidades para convertirlos en posibilidades vitales, en comportamientos o funcionamientos valiosos. Además, existen obstáculos sociales, ligados a la estructura de la comunidad y a la elección de políticas públicas, sociales, económicas y jurídicas que reflejan la jerarquía de bienes en una determinada sociedad.

El Derecho tampoco ha de primar los funcionamientos en lugar de las capacidades. Los funcionamientos señalan lo que la persona hace o es, y las capacidades, lo que la persona puede o es capaz de hacer y ser. Primar los funcionamientos implica otorgar preferencia a la protección frente a la libertad o facultad de autodeterminación, porque es posible garantizarlos sin tomar en consideración la libertad personal; además, apunta a una igualdad de resultados, lo que se traduce, asimismo, en una merma de la facultad de autodeterminación.

La noción apropiada es la noción de capacidad, cuyo objetivo es proporcionar a los ciudadanos los medios necesarios para elegir y actuar, y para tener una opción realista en orden a poder elegir lo más valioso. Las capacidades, que son las facultades básicas de elección y libre configuración de la propia vida, tienen carácter activo y positivo, fomentan la capacidad de hacer y ser, y establecen una conexión directa entre capacidad, libertad e igualdad. Han de entenderse como capacidades combinadas: capacidades internas del individuo junto con condiciones externas adecuadas para su ejercicio. Se configuran como posibilidades u oportunidades, y dejan espacio o margen de libertad para que cada individuo pueda definir su bien y sea el principal agente de su propia vida. El ejercicio de esas capacidades exige un contexto; esto es, unas condiciones básicas de igualdad que permitan llevarlas a la práctica y convertirlas en funcionamiento. De este modo tanto la libertad como la igualdad aparecen como principios primarios: la primera como definición y ejercicio de las distintas capacidades, y la segunda como igualdad de oportunidades -o capacidades- y no como igualdad de resultados -o funcionamientos-. Asimismo, la realizabilidad múltiple de las capacidades, esto es, la diversidad de concreciones posibles en atención a las circunstancias y elecciones de cada persona con discapacidad, refuerza la complementariedad apuntada de libertad e igualdad. Esto significa, de una parte, el rechazo de posiciones puramente autonomistas, que

prescinden del principio de igualdad en beneficio de una noción de libertad autosuficiente y descontextualizada, y que conducirían a la desatención de las personas con trastornos mentales; de otra, el rechazo de las políticas meramente asistenciales o paternalistas, sustentadas en la primacía del principio de protección. Una lista de las capacidades centrales o básicas de las personas es la siguiente (Nusbaum 2006): 1) Vida. 2) Salud corporal. 3) Integridad corporal. 4) Sentidos, imaginación, pensamiento. 5) Emociones. 6) Razón práctica. 7) Afiliación. 8) Otras especies. 9) Juego. 10) Control del propio entorno: a) político; b) material.

## **5. LAS RELACIONES ENTRE LAS CAPACIDADES Y LOS DERECHOS**

Las relaciones entre capacidades y derechos son muy estrechas. Los derechos humanos o derechos fundamentales son una vía para la determinación, la formulación, la satisfacción y, finalmente, para el ejercicio de las capacidades. En otros términos, mediante los derechos se identifican, enuncian y garantizan los bienes y valores básicos e indispensables para una vida digna, bajo la forma de pretensiones justificadas y exigibles. Los derechos son una vía adecuada para la traducción jurídica de las capacidades, en especial por su triple dimensión: 1) son una categoría jurídica: normas jurídicas del máximo rango, incluidas habitualmente en los textos constitucionales, a nivel estatal, y en otras disposiciones o declaraciones internacionales, y además normas jurídicas vinculantes, para los poderes públicos y los ciudadanos. 2) son una categoría moral, que expresa los bienes y capacidades más valiosos para el conjunto de la sociedad; 3) son una categoría política, en su condición de normas objetivas o institucionales, que vertebran la estructura del orden jurídico y de la comunidad política.

Desde el enfoque de los derechos se subraya la importancia de las capacidades, el valor facultad de autodeterminación (capacidades internas) y la necesidad de un contexto de igualdad para el libre ejercicio de las capacidades (condiciones externas) en orden al diseño de un proyecto de vida. Desde el enfoque de las capacidades los derechos aparecen como capacidades combinadas (capacidades internas individuo y condiciones externas adecuadas), de manera que sólo existe realmente un derecho si existen medidas efectivas para que su titular pueda ejercerlo o disfrutarlo (Nussbaum 2002 y 2006); es decir, si al reconocimiento de su titularidad a todas las personas con trastorno mental se añade la garantía de su disfrute.

## **6. LA ACTUACIÓN DEL MODELO IUSFUNDAMENTAL: UN MARCO DE PRINCIPIOS**

Garantizada la justificación de la intervención del Derecho ante la salud mental procede dar otro paso, encaminado a hacer operativa la respuesta jurídica. Para ello propongo un modelo de cinco principios, de naturaleza ético-jurídica, que traducen la fundamentación basada en los derechos y las capacidades: dignidad, libertad, igualdad, protección y razonabilidad. El modelo propuesto se proyecta en una doble dimensión: material o sustantiva, acerca de los contenidos básicos de una sociedad justa en

materia de salud mental, y metodológica o de procedimiento, sobre la forma de razonamiento y manejo de los restantes principios.

### *6.1. Dignidad*

Toda persona tiene derechos, y el primero es ser reconocida y respetada como persona. Hay que partir de un principio categórico, incondicionado o absoluto: el principio de dignidad, según el cual la persona es el presupuesto y el fin del orden moral y del orden jurídico. En atención a su individualidad e irrepetibilidad, cualquier persona, con o sin trastornos mentales, es merecedora de consideración y respeto, pues no existe nada equivalente a ella. En el plano interindividual tal exigencia remite a la obligación de respeto recíproco, de respetar a los demás seres humanos, sin excepción, de manera que ninguna persona, y por tanto tampoco la persona con trastornos mentales, puede ser instrumentalizada ni sustituida por nada ni nadie; no es sólo medio sino un fin en sí misma.

Con todo, la noción de dignidad avanzada no basta. Se trata de un principio sin contenido determinado, que más bien instituye una obligación universal de respeto incondicionado. La dignidad requiere el concurso de otros principios complementarios, de naturaleza dinámica, que actuarán a través de los derechos y libertades reconocidos y garantizados por el ordenamiento jurídico: los principios de libertad e igualdad, y con carácter subsidiario, el principio de protección, de particular importancia en el ámbito de la salud mental.

### *6.2. Libertad*

La libertad es el hilo conductor de nuestra trayectoria vital. A través del ejercicio de la libertad cada individuo configura su personalidad e identidad mediante la elección y la acción. En otras palabras, se hace cargo de su vida: piensa y se conduce por sí misma, y no por cuenta de otro, asumiendo su facultad de autodeterminación. Y lo hace de manera indiscutible, pues no puede no hacerlo.

Si el reconocimiento de la libertad apenas plantea problemas, la experiencia demuestra que su ejercicio no es tan sencillo, sobre todo en el caso de las personas con trastornos mentales. El ejercicio de la libertad exige que vaya acompañada de una característica adicional, la responsabilidad, sin cuyo complemento se destruye. Por consiguiente, libertad significa, en primer lugar, autodeterminación libre, esto es, la facultad de elección y decisión sobre nuestras acciones y los medios para llevarlas a cabo. En segundo lugar, autodeterminación responsable, es decir, ser consecuentes y hacerse cargo o responder de lo causado, de las acciones libremente escogidas.

A través de nuestras acciones y decisiones, libres y responsables, configuramos nuestra personalidad. No obstante, difícilmente resultará colmado este objetivo con el único concurso del principio de libertad. Es preciso apelar a un principio adicional: la igualdad.

### *6.3. Igualdad*

La igualdad de todas las personas representa el contexto que requiere la libertad para actuar, haciendo posible el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos mediante la provisión de las condiciones mínimas indispensables para el ejercicio de la libertad. La igualdad se apoya en la más elemental exigencia de justicia: tratar del mismo modo lo igual y de modo distinto lo desigual. Igualdad no equivale a identidad sino a equiparación del tratamiento jurídico; implica, por tanto, el reconocimiento y el respeto de la diferencia. En atención a la disparidad de capacidades y aptitudes personales, una respuesta jurídica adecuada requiere reconocer y remediar, de forma justificada y razonable, las desigualdades o desemejanzas que puedan derivarse de trastornos mentales, en la medida en que supongan un detrimento o perjuicio en sus relaciones con las demás personas. Por tanto, constituye un deber de justicia compensar ciertos desequilibrios derivados de las condiciones de salud mental que impidan el desarrollo personal. La igualdad es aquí la expresión normativa de una exigencia: la desaparición de discriminaciones injustas o arbitrarias.

De acuerdo con lo anterior, la conquista de la igualdad real reclama de nosotros una doble actitud. Inicialmente, reconocimiento y respeto, esto es, que la salud mental no implique negar la consideración de sujeto digno e igual al resto de la sociedad en cuanto persona. Asimismo, significa aceptar la singularidad, diferencias y particular modo de ser de cada individuo. El corolario de esta igualdad originaria o esencial es el reconocimiento y respeto de todos en cuanto iguales y de cada uno como diferente. En segundo lugar, la sensibilidad jurídica ante la diversidad de situaciones y la desigualdad de trato conduce a una toma de posición activa encaminada a la equiparación e integración de las personas con trastornos mentales, que haga posible la satisfacción de sus necesidades básicas, el desarrollo de sus capacidades, el ejercicio de su programa personal y la participación en la vida social. El objetivo es eliminar las desigualdades en el punto de partida, adoptando determinadas medidas jurídicas en favor de las personas con trastornos mentales.

En cualquier caso, la persona con problemas de salud mental padece limitaciones o restricciones en áreas o ámbitos diversos. Es por ello necesaria la intervención de un cuarto principio, de naturaleza subsidiaria, para equilibrar dichas limitaciones en el ejercicio de sus derechos a la luz de los dos principios dinámicos, la libertad y la igualdad. Este cuarto principio es el principio de protección.

### *6.4. Protección*

Para el tratamiento jurídico de las personas con trastornos mentales presenta especial relevancia el principio de protección, cuya misión es hacer efectivos, con carácter subsidiario, los derechos o facultades que por alguna razón no pueden ejercitarlos por sí mismas de forma autónoma. La intervención subsidiaria del principio de protección es consecuencia necesaria del modelo de principios basado en los derechos y las capacidades, asentado en el carácter inexceptionable del principio de dignidad y la primacía de los principios de libertad e igualdad. En los ámbitos en los que la persona se desenvuelva con libertad y responsabilidad, y sea considerada capaz,



nadie puede decidir ni intervenir en su lugar; ella ha de ser quien gestione su propia vida. En cambio, donde la libertad –y la responsabilidad- o la igualdad estén ausentes o minoradas, donde la persona con trastornos mentales no sea un “razonador práctico independiente” (MacIntyre, 71 ss.), el Derecho y la sociedad tienen la obligación de intervenir para suplir tal deficiencia y su limitada capacidad, mediante el ejercicio del principio de protección. Los sistemas jurídicos disponen de diversas instituciones orientadas a proteger y amparar los derechos de la persona incapaz por causa de salud mental, tanto en la toma de decisiones como en otros ámbitos –e.g. las instrucciones previas o voluntades anticipadas, la incapacitación, la autotutela, la representación legal, el internamiento-. En otros supuestos, mediante la adopción de medidas sociales, políticas o económicas diversas, canalizadas a través del Derecho, el principio de protección brinda un complemento, apoyo o compensación que hace posible la operatividad y eficacia de los principios de libertad e igualdad.

Por consiguiente, la actuación protectora del Derecho no es una intervención paternalista, solidaria o caritativa. Es una protección igualitaria u horizontal, una protección justa; o mejor aún, es una protección responsable, porque le compete atender las necesidades de los ciudadanos que por causa de trastornos mentales carezcan de determinados bienes básicos u oportunidades para el ejercicio de su libertad. Por tanto, no ha de renunciarse a la protección de las personas con trastornos mentales a través del Derecho. Más aún, cabe afirmar que no está únicamente justificado o permitido adoptar medidas de protección sino que incluso está moral y jurídicamente ordenado (Seoane 2004a, 2004b y 2005).

En este sentido, la protección consiste en la obligación moral y jurídica de adoptar y/o ejecutar decisiones por y sobre otro cuando éste no puede tomarlas y/o realizarlas por sí mismo de forma autónoma, y únicamente en aquellas situaciones o esferas de actuación en que no puede adoptar y/o realizar dichas decisiones, con la finalidad de ayudarle evitando un daño o proporcionando indirectamente un bien. Esta definición pretende responder a los diversos interrogantes que plantea la adopción de una medida protectora: cuándo, por qué, para qué, quién, cómo. En concreto, ocho son las condiciones para que la adopción de una medida protectora se considere justificada. Todas ellas han de cumplirse; el incumplimiento de alguna(s) o de todas las condiciones convierte la medida protectora en injustificada.

1. *Ausencia de capacidad*, o de la facultad de autodeterminación libre y responsable en relación con la situación sobre la que ha de decidirse. Esta premisa o condición no es meramente empírica, pues la determinación de la capacidad y la incapacidad de una persona se apoya decisivamente en elementos evaluativos o valorativos, incorporados a la propia decisión acerca de la existencia o no de capacidad.
2. *Actuación únicamente donde no exista capacidad*. La adopción de una medida protectora sólo es posible en la esfera donde no existe capacidad. Esta precisión de la condición anterior, señalando el ámbito material de la medida protectora, tiene como finalidad delimitar el alcance de la medida. Se hace eco del carácter relativo y parcial, no necesariamente absoluto de la incapacidad de la persona, justificando la inclusión de las incapacidades relativas o

específicas. Además, refleja el carácter subsidiario de la protección y la primacía de la autodeterminación de la persona, de acuerdo con el modelo de los derechos y las capacidades.

3. *Finalidad inmediata protectora o indirectamente beneficente.* Hay que diferenciar entre la medida no maleficente o proteccionista, que previene un daño; la medida indirectamente beneficente o perfeccionista, que proporciona indirecta o mediatamente un beneficio; y la medida directamente beneficente o perfeccionista, que proporciona directa o inmediatamente un beneficio. La protección directamente beneficente, en la medida en que elimina la capacidad de elección del sujeto, disminuyendo, y aun anulando, su autonomía, no parece admisible con carácter general. (Una posible excepción justificada serían los supuestos de ausencia absoluta e irreversible de capacidad). En cambio, sí parece admisible y justificable el segundo tipo, que proporciona un beneficio indirecto -como pueda ser una medida destinada a conservar la facultad de elección- y resulta más respetuoso con su autonomía, pues pretende no tanto un resultado cuanto proporcionar oportunidades para el funcionamiento y el desarrollo de la persona, dejando al sujeto la posibilidad de elegir como llevar a la práctica dicha capacidad u oportunidad en ejercicio de su facultad de autodeterminación libre y responsable. En este sentido, va más allá de mera prevención de las lesiones de la libertad, entendida en sentido negativo, y pretende promocionar la libertad positiva y garantizar las condiciones básicas para el ejercicio de la capacidad de adoptar decisiones autónomas. Pretende, en suma, respetar la facultad de elección del individuo respecto de sus propios planes de vida.
4. *Finalidad mediata de no discriminación, igualdad de oportunidades y autonomía.* La finalidad mediata de las medidas protectoras apunta a la superación de la desigualdad y la discriminación, al logro de la igualdad de oportunidades, y a la rehabilitación y garantía de la autonomía de la persona con trastorno mental.
5. *Adopción por parte del representante o persona legitimada.* La decisión acerca de la adopción de la medida protectora debe adoptarla la(s) persona(s) legitimada(s) para ello. Se trata de un requisito subjetivo, generalmente identificable, aunque no siempre de fácil concreción. Suele recaer en la(s) persona(s) que ejercen la representación legal de la persona incapaz para adoptar la decisión por sí misma. En los casos en los que no existe representante legal suele acudir a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.
6. *Respeto de los requisitos y procedimientos establecidos.* La decisión acerca de la adopción de la medida protectora debe respetar, en caso de existir, los requisitos y procedimientos fijados para su adopción. Esta condición procedimental pretende aumentar las garantías de cumplimiento de las restantes condiciones y, en última instancia, reforzar la protección de los derechos de la persona incapaz con trastornos mentales y el logro de las finalidades expuestas en las condiciones tercera y cuarta.
7. *Orientación personal o individual de la decisión.* La medida protectora debe orientarse primariamente a la persona con trastorno mental, y sólo secundariamente a la colectividad. El enfoque de los derechos y las

capacidades subraya la importancia de esta cuestión para el tratamiento jurídico de la salud mental, a diferencia de los enfoques basados en el peligro o riesgo social, que invierten la preferencia. La titularidad universal e individual de los derechos conduce a afirmar la orientación individual y personal de las medidas jurídicas, sin olvidar la intervención en el contexto social o comunitario: simplemente recuerda que el auténtico destinatario de las medidas de protección es la persona con trastorno mental.

8. *Criterio rector de la medida de protección: el juicio subjetivo, el juicio sustitutivo y el mayor interés.* Las condiciones primera y segunda establecen las condiciones previas para la intervención del Derecho mediante medidas protectoras de la salud mental. Las condiciones tercera y cuarta, de carácter teleológico, indican el objetivo de tales medidas jurídicas de protección, y la condición séptima precisa el destinatario de dichas medidas, para evitar una intervención jurídica inadecuada. Finalmente, las condiciones quinta y sexta subrayan la importancia del respeto de los procedimientos y de las normas legales aplicables, desempeñando una indispensable misión de garantía o control. Todas ellas conducen a la última condición, que se ocupa del criterio material para la determinación de la medida protectora. La experiencia anglosajona muestra la existencia de tres criterios: el juicio subjetivo, el juicio sustitutivo y el mayor interés (cfr. Simón y Barrio). Hay que mencionar diversos aspectos sobre la determinación de este criterio rector, que muestran la necesidad de aplicar armónica y simultáneamente todas las condiciones. En primer lugar, la adecuación de una medida protectora no depende únicamente del resultado -no dañino o beneficioso-, sino también del camino seguido para alcanzarlo -esto es, de los procedimientos-. En segundo lugar, y subrayando la orientación iusfundamental y personal, el horizonte de la medida protectora ha de trazarse conforme al sistema de valores y necesidades de la persona con trastorno mental, y no de los encargados de su protección u otras personas. Es imposible determinar de forma acabada el bien de una persona sin tomarla en cuenta: el bien se ajusta a cada sujeto, se subjetiviza. Por ello, y para reforzar el respeto de la orientación personal de las medidas, conviene buscar medios de conocimiento de la voluntad, preferencias y valores de las personas con trastorno mental que en los momentos de tomar decisiones carecen de capacidad para hacerlo de forma autónoma (una herramienta válida y útil en dichos procesos son los diversos tipos de directrices anticipadas, como los documentos de voluntades anticipadas o instrucciones previas). En tercer lugar, se ha afirmado que la medida de protección elegida ha de ser la menos restrictiva o lesiva posible (World Health Organization 1996 y 2003). Más que menos restrictiva o lesiva habría que aspirar a las medidas no lesivas o perjudiciales para sus derechos o capacidades. Además, en la medida en que resultan justificadas las medidas indirectamente beneficentes, y no únicamente las no maleficentes, podrán adoptarse medidas que no se limiten a evitar daños sino que persigan proporcionar indirectamente un bien.

### 6.5. Proporcionalidad o razonabilidad

La guía metodológica del complejo proceso de determinación del criterio rector de las medidas de protección y de la interacción y el equilibrio entre los restantes principios es el principio de proporcionalidad o razonabilidad. La estructura de las disposiciones jurídicas que regulan los derechos confirma la necesidad de un tipo específico de razonamiento jurídico, exigiendo el abandono de la racionalidad lógico-formal, inadecuada para responder a las exigencias del Derecho, y su sustitución por una racionalidad jurídico-práctica, prudencial, aproximativa, falible, deliberativa. De este modo opera el principio de proporcionalidad o razonabilidad en sede judicial, determinando la justificación o no arbitrariedad de medidas reguladoras o presuntamente restrictivas de derechos fundamentales. El principio de proporcionalidad está integrado por tres juicios o subprincipios:

1. *Juicio de adecuación o idoneidad*, que exige que la medida adoptada sea apta o adecuada para lograr el fin establecido o perseguido.
2. *Juicio de necesidad*, que impone la elección de la medida menos gravosa o restrictiva –e igualmente eficaz- del derecho fundamental. Se habla así de medida indispensable, medida más benigna o, podríamos decir, medida considerada como una *ultima ratio*.
3. *Juicio de proporcionalidad en sentido estricto*, mediante el que ha de establecerse si la medida guarda una relación razonable con el fin que se pretende.

## 7. LA FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN DEL DERECHO EN LA ESFERA DE LA SALUD MENTAL: ACTITUDES Y OBJETIVOS

Aunque en el momento presente puedan prescindir de algunas de ellas, los destinatarios de estas medidas son, en primer lugar, todos los ciudadanos. Después, y principalmente, las personas con trastorno mental, que exigen una intervención jurídica más intensa y específica. Finalmente, en tercer lugar, el Derecho debe hacerse cargo también de las personas que prestan cuidados y atención a las personas con trastornos mentales (Kittay); los cuidadores han sido ignorados en esta relación entre el Derecho y la salud mental.

### 7.1. Promoción de la salud mental

La salud mental es una de las capacidades básicas; es, además, condición para el ejercicio autónomo de nuestros derechos; es también, finalmente, un ingrediente básico de una vida de calidad. En tal sentido, una tarea primaria y universal es la promoción y el cuidado de la salud mental de todos los ciudadanos, a través de medidas jurídicas específicas y de medidas jurídicas no específicas pero directamente relacionadas con ella, en materia de vivienda, educación o empleo (World Health Organization 2003).

## 7.2. Prevención de los trastornos mentales

Los trastornos mentales no son deseables, en la medida en que limitan alguna(s) de nuestras capacidades, convierten en más vulnerables nuestros derechos e impiden una actuación y una participación adecuadas en la vida social. La prevención es el reflejo de que la posesión y ejercicio del mayor número de capacidades es la vía más adecuada para una vida plena, y que, por tanto, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación son circunstancias negativas que obstaculizan ese logro. En consecuencia, un primer objetivo es proporcionar los medios para prevenir la aparición y expansión de factores que causan problemas de salud mental; y, posteriormente, impedir que se agraven y atenuar sus consecuencias. No basta simplemente con hacer frente a los trastornos mentales existentes, sino que ha de hacerse lo posible para la disminución de situaciones que los producen, limitando nuestras capacidades y dificultando el ejercicio personal de los derechos.

## 7.3. *Afirmación de las capacidades y reconocimiento de las limitaciones*

El trastorno mental conlleva una serie de limitaciones, que coexisten con un conjunto de capacidades. Éstas exigen igualdad de derechos y un tratamiento jurídico semejante, en atención a la condición de persona; aquéllas demandan un tratamiento jurídico distinto. Admitir que los trastornos mentales implican múltiples limitaciones es condición indispensable para referirse a la salud mental y definir las respuestas jurídicas.

## 7.4. *Promoción de la autodeterminación y cuidado de la dependencia*

Una actitud complementaria es la promoción de la facultad de autodeterminación, también de las personas con trastornos mentales, reforzando las capacidades presentes y propiciando la recuperación de las capacidades ausentes y la adquisición de otras nuevas. Se trata, en suma, de facilitar las condiciones para que puedan tomar decisiones por sí mismas acerca de su vida. Además, simultáneamente, hacerse cargo de la dependencia y vulnerabilidad que genera una situación de trastorno mental.

La condición humana sintetiza estos dos rasgos aparentemente antagónicos: la autonomía y la dependencia. De una parte, el ejercicio libre de nuestras capacidades, que más que facultad o derecho aparece como necesidad de trascender nuestras limitaciones y ampliar nuestro horizonte de posibilidades. De otra, nuestra vulnerabilidad y dependencia, y la subsiguiente búsqueda de apoyos para compensar o superar tal situación. Si la primera se hace eco del carácter individual de nuestras decisiones y acciones, la segunda ejemplifica cómo nuestras respuestas ante la realidad no son ni pueden ser meramente individuales, sino que se sustentan en una haz de afiliaciones o vínculos significativos que nos definen. El reconocimiento de la dependencia es la clave de la independencia (MacIntyre, 103).

La negación de las limitaciones y el olvido de la dependencia que genera un trastorno mental son actitudes inadecuadas, en buena medida sustentadas en una noción ideal de autonomía y en una errada comprensión de la protección. Tomarse los derechos de las personas con trastornos mentales en serio no equivale a abstenerse o descuidar su tratamiento jurídico; sí exige, en cambio, responder de forma prudencial y ajustada a sus necesidades, mediante la intervención subsidiaria del principio de protección. Éste no implica la retirada de los derechos, sino que propicia que sean ejercidos de forma eficaz en todas las situaciones posibles, incluso allí donde no exista capacidad o autonomía para ello.

### *7.5. Rehabilitación de la autonomía y de la identidad*

Las reiteradas demandas de normalización, integración, inclusión o participación de las personas con trastornos mentales en el contexto social están mediadas por el reconocimiento y la promoción de sus capacidades, y apunta al desarrollo de una vida autónoma y a la configuración de su propia identidad.

A través de la normalización se pone a disposición de todas las personas con trastornos mentales modos de vida y condiciones de existencia diaria lo más similares posibles a las circunstancias normales y al tipo de vida de la sociedad a la que pertenecen. Asimismo, se reducen los temores, mitos y prejuicios que han empujado a la sociedad a marginarlas. En ambos casos, la puesta en práctica del principio de normalización llevará necesariamente a la integración social.

Las personas con trastornos mentales han de poder tomar parte en el gobierno y disfrute de lo común, de aquello compartido por todos. Su integración propicia una participación real y efectiva en el entorno, en lo comunitario. Por tanto, una buena actuación en materia de salud mental ha de fomentar su adaptación e integración mediante los apoyos necesarios. En las sociedades contemporáneas la ausencia de salud mental no puede servir como instrumento de exclusión y marginación: los derechos no dependen de la mayor o menor capacidad sino que derivan de la igual dignidad de todos los seres humanos. No está en manos de la sociedad despojar a las personas con trastornos mentales de sus derechos, pero sí facilitar su ejercicio. Por tanto, la normalización equivale a equiparación en el reconocimiento jurídico; y la integración ha de ser entendida como equiparación de oportunidades para desarrollar los distintos programas de vida.

Si la actitud de la sociedad respecto de las personas con trastornos mentales era el referente en la normalización y la integración, a través de las que se preserva el derecho a “no ser diferente”, una vez alcanzados estos hitos surge un nuevo objetivo: la identidad, que se hace eco del derecho a “ser diferente”. La identidad apela a la singularidad, a la dimensión original de cada persona con trastornos mentales. Cada sujeto posee tal grado de individualidad que se configura como único y diferente de todos los demás: la identidad, como expresión de lo que es propio de cada persona, es la definición de uno mismo.

### *7.6. Eliminación de la discriminación*

La eliminación de la discriminación es, en cierto modo, la actitud primaria y motriz del logro de los restantes objetivos y, simultáneamente, un objetivo que compendia los restantes logros. No puede proclamarse la eliminación de la discriminación sin haber alcanzado cierto grado de autodeterminación y expresión de la identidad personales, normalización social, integración y participación de la persona con trastornos mentales.

Sin embargo, la ausencia de discriminación no es el objetivo último. El Derecho no fija la personalidad sino que la hace posible. Establece y ha de establecer las condiciones que permitan desarrollarla –las capacidades-, en particular a partir del reconocimiento y respeto de la dignidad, proporcionando una libertad suficiente para todas las personas en condiciones básicas de igualdad; pero en ningún caso ha de definirla o determinarla. Ésta es la forma de actuación más coherente con el modelo basado en los derechos y las capacidades.

### *7.7. Una vida de calidad como corolario*

El Derecho brinda condiciones para que los problemas de salud mental no impidan el desarrollo personal. Para alcanzar dicha meta, la eliminación de la discriminación garantiza la ausencia de obstáculos; no obstante, si en lugar de formulaciones negativas o privativas adoptamos una perspectiva positiva que aglutine las actitudes y objetivos anteriores, el resultado es una vida de calidad.

La calidad de vida es una síntesis de los anteriores objetivos y, al tiempo, una extensión y una superación. Se concibe como un concepto global y multidimensional, con una alta influencia o sensibilización social. La calidad de vida actúa como criterio o estándar de medición, que toma en consideración un conjunto de factores articulados en ocho dimensiones básicas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, examinados todos ellos desde un triple nivel de análisis: el microsistema, o contexto social inmediato -familia, hogar, grupo de iguales, lugar de trabajo-, que afecta directamente a la vida de la persona; el mesosistema, o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que afecta directamente al funcionamiento del microsistema; y el macrosistema, o patrones más amplios de cultura, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos (Schalock y Verdugo, 34 ss., en particular 38). Tales factores configuran y permiten determinar el nivel de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 34) o, en la expresión de la CIF, bienestar personal (World Health Organization 2001, 230-231).

*Derechos humanos, capacidades, salud mental y calidad de vida.* Merece subrayarse la importancia de una relación armónica entre los modelos teóricos de calidad de vida y los modelos de definición y clasificación de la salud mental y el modelo basado en las capacidades y los derechos, pues éstos son trascendentales para una vida de calidad. Los derechos humanos ejemplifican la primacía de lo

sustantivo -la persona- frente a lo adjetivo o calificador –el trastorno mental-, y representan el cauce jurídico, moral y político más poderoso para la obtención de los objetivos de la intervención jurídica en materia de salud mental. El reconocimiento jurídico, nacional e internacional, de los derechos requiere ser completado con medidas legislativas de desarrollo de carácter estatal y con documentos y textos jurídicos de carácter internacional de diferente alcance y grado de vinculación; es decir, avanzar en el necesario proceso de universalización de los derechos (World Health Organization 2003 y 2005). Asimismo, requiere ser completado con su garantía, no sólo mediante los cauces jurídicos adecuados sino también mediante políticas públicas que los fortalezcan. En suma, una vida de calidad, también para las personas con trastornos mentales y para sus cuidadores, exige el respeto de la dignidad y el disfrute de un grado de autonomía y de un conjunto de apoyos suficiente para proponerse y desarrollar un programa de vida propio, libre y responsablemente escogido, en el marco de la comunidad (Schalock y Verdugo, Nussbaum y Sen).

## **8. CONCLUSIÓN: CAPACIDADES, DERECHOS, JUSTICIA**

Si lo expuesto en las páginas anteriores resulta aceptable, la conclusión ha de limitarse a enunciar brevemente en qué consiste el modelo basado en los derechos y las capacidades, y qué significa una sociedad justa en materia de salud mental.

1. Promoción y cuidado universales de la salud mental, en atención a su condición de capacidad básica.
2. Prioridad de las capacidades y subsidiariedad de los funcionamientos, es decir, proporcionar las bases para la elección del bien y del propio proyecto de vida.
3. Primacía de la autodeterminación y subsidiariedad de la protección, que no es sino otra forma de enunciar lo anterior, siguiendo el catálogo de principios propuesto.
4. Universalización y actualización de los derechos, esto es, extensión del reconocimiento y del disfrute de los derechos humanos a todas las personas, sin excluir a las personas con trastorno mental.
5. Atención a la dependencia y la discapacidad por causa de trastornos mentales.
6. Importancia del cuidado en materia de salud mental, especialmente en una doble dirección: cuidado y atención de la persona con trastornos mentales y, también, cuidado y atención del cuidador.
7. Conquista de la justicia.

En condiciones ideales esta séptima y última conclusión surgiría como corolario. Sin embargo, conviene detenerse brevemente a reflexionar sobre el modo de alcanzar la justicia en materia de salud mental.

El Derecho es una herramienta imprescindible en la obtención de los objetivos apuntados, pero en modo alguno suficiente. Cierta cambio puede iniciarse a través del Derecho, pero el cambio auténticamente necesario es el de las actitudes individuales y sociales (Seoane 1999, 417-440). Todos contribuimos a definir la salud mental, que es pluridimensional y nos afecta a todos. Se comprende así que las respuestas



sobrepasen el ámbito jurídico, pues el Derecho sólo puede ofrecer un conocimiento aproximado y parcial de una realidad multifacética. La configuración y definición del proyecto de vida y de las aspiraciones de felicidad de cada persona es tarea que no compete al sistema jurídico. No obstante, en este complejo proceso deviene imprescindible el auxilio del Derecho, reforzando la posesión y el disfrute de las capacidades por medio de los derechos, y prestando singular atención a la situación de las personas con trastornos mentales.

El Derecho aspira a la justicia, a restablecer el equilibrio y la simetría propios. Una ordenación digna de la convivencia sí puede obtenerse a través de su intervención, pero no hemos de pedir al Derecho más de lo que puede dar. Aquí se detiene la labor jurídica. En consecuencia, si la necesaria respuesta del Derecho es fragmentaria e incompleta, el logro de una justicia real en materia de salud mental puede exigir una actitud complementaria que trascienda el ámbito jurídico. Si la justicia no basta, hemos de buscar soluciones que trasciendan el plano jurídico; entre todas, sugiero, la solidaridad.

Más allá de la justicia se halla la solidaridad. Solidaridad significa ahora adhesión, ayuda o entrega incondicionales o categóricas, generosidad y apertura sin tasa. Este comportamiento no puede ser impuesto a través de las instituciones jurídicas, de alcance limitado. Por el contrario, la solidaridad, inconmensurable, es un movimiento desde el individuo hacia los demás que no repara en qué consiste o a cuánto asciende lo debido; llega a dar más de lo exigido, a trascender el mínimo justo para alcanzar el máximo humano.

La tarea del Derecho es hacer justicia. Sin embargo, quizás convenga reivindicar la solidaridad como remedio complementario a los defectos de nuestras sociedades, en concreto para rectificar su actitud ante las personas con trastornos mentales. Restaurar la equivalencia y el equilibrio entre las personas representa ciertamente un deber de justicia; pero la desigualdad o desemejanza del tratamiento a las personas con trastornos mentales es tan acentuada en algunas áreas que la tarea inmediata de los tiempos venideros puede ser, propiamente, alcanzar la justicia a través de la solidaridad.

A lo afirmado cabe una ulterior precisión. La solidaridad es índice de la sensibilidad moral de la sociedad y un excelente estímulo de conductas valiosas. Sin embargo, no ha de incurrirse en la inflación de la solidaridad. Lo verdaderamente decisivo es su conversión en un deber de justicia, jurídicamente exigible. El avance y mejora de la sociedad se verifica mediante la transformación y traducción de los principios de solidaridad en principios de justicia. En nuestro contexto la solidaridad se configura como una *virtud de emergencia*, que es aquella que no podría desear su condición, la situación de emergencia a la que sale al paso (sin referirse específicamente a la solidaridad, Jonas, 47). Eliminarla, y con ello a sí misma, es su verdadero destino.

En otras palabras, el porvenir inmediato puede requerir ciertas conductas solidarias de la ciudadanía para alcanzar los objetivos señalados en el marco de la salud mental. Pero la auténtica finalidad es la extinción de la solidaridad como agente de las

respuestas jurídicas y sociales. Y es que, en rigor, se nos ha de reclamar la conversión de la solidaridad en justicia: no apelar a la dación excesiva, desequilibrada e inexigible de la solidaridad, sino dar a cada persona con trastornos mentales –y, en su caso, a sus cuidadores- lo que le corresponde, que no es otra cosa que el reconocimiento y el respeto de su dignidad y libertad iguales, y de todos los derechos y obligaciones que de ello se derivan. Ahora, en el momento presente, lo justo es una vida de calidad, plena de capacidades y derechos, mediante la ausencia de discriminación, la normalización, la integración y la identidad; luego y siempre, al igual que el resto de los ciudadanos, la lucha por conquistar la autonomía y la posibilidad de la felicidad. Ésta es nuestra tarea.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bercovitz, R. (1976). *La marginación de los locos y el Derecho*. Madrid: Taurus.
- Biel Portero I. y Rey Aneiros, A (2006a). La apuesta comunitaria por el enfoque de las personas dependientes: la dignidad de la persona como punto de partida. En *Protección jurídica de la dependencia en el ámbito internacional (en prensa)*, Fernández Liesa, C. (coord.), Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Universidad Carlos III de Madrid.
- Biel Portero, I. y Rey Aneiros, A (2006b). La política social de la Unión Europea como única vía para la protección de los derechos de las personas dependientes: ¿Una etapa superada? En *Protección jurídica de la dependencia en el ámbito internacional (en prensa)*, Fernández Liesa, C. (coord.), Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Universidad Carlos III de Madrid.
- Cardona, J. (2001). La protección de los derechos de los discapacitados en Europa. En Mariño Menéndez, F. M. y Fernández Liesa, C. (dir. y coord.). *La protección de las personas y grupos vulnerables en el Derecho europeo* (333-355). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Cardona Lloréns, J. y Sanjosé Gil, A. (2005). La promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad: en el camino de su reconocimiento universal. En Courtis, C, Hauser, D. y Rodríguez Huerta, G. (comp.). *Protección internacional de derechos humanos. Nuevos desafíos* (147-175). México: Porrúa. ITAM.
- Carretero Pérez, A. (1977). *La problemática jurídica de los subnormales en España*. Madrid: EDERSA.
- Díez-Picazo, L. (dir.) (1975). *La situación jurídica de los deficientes mentales en el Derecho español*. Madrid: Departamento de Derecho civil de la Universidad Autónoma.
- Jonas, H. (1997). En el umbral del futuro: valores de ayer y valores para mañana. En *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad* (41-54). Barcelona: Paidós.
- Kittay, E. F. (2002). Caring for the Vulnerable by Caring for the Caregiver: The Case of Mental Retardation. En *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care* (290-300). New York: Oxford University Press.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, M. C. (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades*. Barcelona: Herder.
- Nussbaum, M. C. (2006). *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. C. y Sen, A. (compiladores) (1996). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. Á. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*, New York: Knopf. (Versión española: *Desarrollo como libertad*, Barcelona: Planeta, 2000).
- Seoane, J. A. (coord.) (1999). *Derecho y retraso mental. Hacia un estatuto jurídico de la persona con retraso mental*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Seoane, J. A. (2004a). Derecho y personas con discapacidad. Hacia un nuevo paradigma. *Siglo Cero* 35/1, 20-50.
- Seoane, J. A. (2004b). El significado de la Ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) en el sistema jurídico-sanitario español. Una propuesta de interpretación. *Derecho y Salud* 12/1, 41-60.
- Seoane, J. A. (2005). Del paternalismo al autonomismo: ¿Hay otros modelos de fundamentación ética?. En *La Bioética, mosaico de valores* (77-104), Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- Seoane, J. A. (dir.) y López Suárez, M. A. (ed.) (2001). *Normativa jurídica básica de las personas con discapacidad*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Seoane, J. A. (dir.), Abad Castelos, M. y Rey Aneiros, A. (ed.) (2003a). *Código de Derecho internacional público en materia de discapacidad*. A Coruña: Fundación Paideia Galiza.

Seoane, J. A. (dir.) y Peña López, F (ed.) (2003b), *Jurisprudencia sobre personas con discapacidad*. A Coruña: Fundación Paideia Galiza.

Seoane, J. A. (dir.) y López Suárez, M. A. (ed.) (2004). *Legislación sobre personas con discapacidad (Addenda 2001-2004)*. A Coruña: Fundación Paideia Galiza.

Seoane, J. A. (dir.), Abad Castelos, M., Biel Portero, I. y Rey Aneiros, A. (ed.) (2006). *Código de Derecho comunitario europeo en materia de discapacidad*. A Coruña: Fundación Paideia Galiza.

Simón, P. y Barrio, I. M.<sup>a</sup> (2004). *¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces*. Madrid: Triacastela.

World Health Organization (1980). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO, 1983).

World Health Organization (1990). *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision*, Geneva: World Health Organization. (Versión en español: *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1995).

World Health Organization (1996). *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva: World Health Organization. (Versión en español: *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: OMS. OPS. IMSERSO).

World Health Organization (2003). *Mental Health legislation and Human Rights*. Geneva: World Health Organization. (Versión en español: *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*, 2005).

World Health Organization (2005). *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, Geneva: World Health Organization.

## Tablas

Tabla 1  
*Tipos de relación socioasistencial*

Paternalista	Autonomista	lufundamental
decisión individual (profesional)	decisión individual (paciente/usuario)	decisión intersubjetiva
heteronomía (usuario)	autonomía (usuario)	heteronomía y autonomía
usuario dependiente	profesional dependiente	interdependencia
relación vertical	relación vertical	relación horizontal
desigualdad	desigualdad	igualdad
usuario pasivo; profesional activo	usuario activo; profesional pasivo	usuario y profesional activos y pasivos
monólogo	monólogo	diálogo
privilegios o deberes	¿derechos?	derechos
beneficencia no maleficencia	autonomía	no maleficencia beneficencia autonomía justicia
razón para la acción excluyente	razón para la acción excluyente	razón para la acción compensatoria
irrelevancia de la confianza	olvido de la confianza	rehabilitación de la confianza