

A LA SRA. CONSEJERA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

**Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
Avda. de la Innovación s/n
Edificio Arena 1
41020 SEVILLA**

D. Miguel Orense Moreno, Presidente de la Comisión de Discapacidad y Dependencias del Ilustre Colegio de Abogados de Córdoba, con domicilio a efectos de notificaciones en la C/ Morería nº 5, 14008 CÓRDOBA, en base a lo dispuesto en la Ley Orgánica 4/2001 de 12 de Noviembre, reguladora del Derecho de Petición, presenta ante la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en ejercicio de este derecho, la petición que sigue, basada en los siguientes:

ANTECEDENTES

La historia de la enfermedad mental es la crónica de una secular y severa crueldad.

Hasta hace unas décadas la atención al enfermo mental pasaba por su separación y aislamiento en establecimientos cerrados y distantes (manicomios) lo cual determinaba sin remedio su marginación y estigmatización social, alentando al propio tiempo la extraña percepción de estos padecimientos apoyada en profundos prejuicios culturales.

En España la fuerza renovadora de la Constitución de 1978 tuvo también su impacto en este ámbito y, en su desarrollo, la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1.986 supuso una decisiva reforma del sistema sanitario y de la atención psiquiátrica que busca primar al máximo el tratamiento en libertad reservándose la medida de internamiento para supuestos extremos, en la creencia de que la libertad y la integración en el medio social y familiar del enfermo son factores de salud mental de modo que, no sólo la dignidad de la persona reclama su libertad, también se pide a la luz de consideraciones clínicas; Salud y libertad van de la mano

El Art. 20 de la Ley General de Sanidad refleja bien a las claras estos propósitos:

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1.- La atención a los problemas de la salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2.- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3.- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4.- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Ello dio lugar a una sensibilidad nueva que, en Andalucía, no solo se quedó en lo institucional, sino que caló también en el tejido social, paulatinamente más proclive a ver en el enfermo mental a una persona con derechos, en definitiva, a un ciudadano.

En nuestra Comunidad, una vez asumidas las competencias en la materia, se promulgó al Ley 2/1998 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía que apenas tiene referencias concretas a la enfermedad mental (Art. 6-4)

HECHOS

Lo cierto es que, más allá de las buenas intenciones y declaraciones de principios, al cabo de 20 años puede afirmarse que una parte de la atención en salud mental no se ha desarrollado aún, lo que ha conllevado grandes dosis de sufrimiento para los enfermos y familiares afectados. También, indirectamente, para la sociedad en general.

La parte de la atención en salud mental pendiente de desarrollar se refiere fundamentalmente a la de aquéllos enfermos que, bien por carecer de conciencia de enfermedad, bien por otras razones, se resisten a acudir a los centros de salud y a seguir tratamiento. Ello, más pronto que tarde, origina descompensaciones con grave deterioro personal e impacto en el medio familiar o social cercano al enfermo que solo ante episodios de gravedad extrema resulta ingresado en las unidades de salud mental de los hospitales, donde es conducido generalmente por la Policía.

En no pocas ocasiones la Policía redacta un atestado por delito de atentado o resistencia lo que va a añadir, al problema de atención mental, un problema judicial que puede terminar en condena e ingreso para cumplimiento en un Centro Penitenciario Ordinario, donde acaban depositados bastantes de ellos para vergüenza de todos. Fenómeno éste denunciado sistemáticamente por el Defensor del Pueblo y por la propia Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

En cualquier caso, tras la corta estancia hospitalaria, el enfermo vuelve a su casa, con la prevención de que tiene que acudir periódicamente al Equipo o Servicio de Salud Mental correspondiente, cosa que en la mayor parte de los casos no va a hacer, dando lugar a corto plazo a una nueva descompensación e ingreso involuntario.

La desesperación de los familiares de estos enfermos llevó en el año 2004 a plantear en el Parlamento a través de una iniciativa del Grupo Parlamentario Catalán, Convergència i Unió, una propuesta de regulación de los Tratamientos Ambulatorios Involuntarios (TAI) mediante la introducción en el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de un quinto párrafo con el siguiente tenor:

ART. 763-5 LEC: Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del Forense y del Ministerio Fiscal.

En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento.

El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses.

El día 5 de Octubre de 2004 se produjo la toma en consideración por el Congreso de los Diputados de dicha propuesta, obteniendo el apoyo unánime de todos los Grupos Parlamentarios si bien casi todos ellos señalaron que lo que la propuesta evidenciaba era el grave estado de la atención en salud mental

En el Diario de Sesiones que recoge el debate son frecuentes las referencias a la atención en salud mental como:

“La gran olvidada del sistema sanitario”

Y es que es resulta hiriente que, en el marco de un sistema sanitario del que podemos presumir, en el que se han alcanzado elevadas cotas de eficacia y atención a los pacientes, existe una parcela sistemáticamente desatendida, lo cual es aún mas grave si se tiene en cuenta que el alto grado de vulnerabilidad de las personas que forman este colectivo, lo cual obliga a los poderes públicos a prestarles una atención especial y cualificado de acuerdo con lo establecido en el Art. 49 de la Constitución.

La desatención y el olvido es soportado incluso más allá de lo soportable por los familiares de los enfermos y cuando estos faltan o se alejan, por los vecinos y la sociedad en general.

En algunos casos la desatención lleva a estas personas al suicidio. Esta cifra sorda de muertes, que no aparecen en los medios de comunicación, no causa alarma social. Se producen en el ángulo oscuro o en el ángulo muerto de la visión de una sociedad que se escandaliza con las cifras de siniestralidad vial o laboral, pero permanece indiferente respecto de las primeras.

En otras ocasiones, son los familiares o allegados los que son objeto de comportamientos agresivos por parte de los pacientes.

Actualmente cualquier incidente en este ámbito, por leve que sea, es constitutivo de delito y si llega el asunto al Juzgado de Guardia, bien a iniciativa de terceros (Policía, vecinos) o de los propios familiares, se pone en marcha la implacable maquinaria judicial que con la celeridad que imponen los denominados “juicios rápidos” pueden llevar, más pronto que tarde a los pacientes a la cárcel, donde ni siquiera podrán ser visitados por sus familiares por efecto de la prohibición de acercamiento, pena accesoria en este tipo de delitos.

No es extraño así que en los últimos años se haya multiplicado la cifra de enfermos mentales que han ingresado en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y, lo que es mucho más grave, que han ingresado en los Centros Ordinarios de Cumplimiento porque en la acelerada instrucción de los saturados Juzgados de Guardia, ninguno de los profesionales de los que allí trabajan (Jueces, Fiscales, Abogados, Fuerzas de Seguridad, et...) ha llegado a percatarse o, si lo ha hecho, no ha puesto de manifiesto ni ha hecho valer la condición de enfermo mental del detenido.

En este sentido, hay que reconocer y aplaudir la valentía de D^a. Mercedes Gallizo, Directora General de Instituciones Penitenciarias, cuando en la Introducción al “Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario” (Diciembre 2006) afirma:

“En ocasiones la prisión se utiliza como un recurso de carácter asistencial para estas personas que no han sido tratadas y controladas en su vida en libertad.

En este sentido, la prisión constituye muchas veces la única alternativa realmente disponible ante las deficiencias de las políticas preventivas o de los dispositivos asistenciales comunitarios que, en general, deberían ser los utilizados como primera elección”

La declaración es verdaderamente intensa “la prisión como única alternativa realmente disponible” y no se comprende que no haya movido ya a la implantación de políticas socio-sanitarias dirigidas a cambiar este estado de cosas.

Esta visión del enfermo mental “preso” alimenta y perpetúa el estigma y la visión social de los pacientes mentales como “individuos peligrosos”

En el debate al que se viene haciendo referencia (Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados de 5 de Octubre de 2004), se hicieron muchas más afirmaciones. Entre ellas:

La diputada Sra. García Suárez (Izquierda Verde)

“Una reforma coercitiva nunca puede ser por sí sola la alternativa que cubra la insuficiencia o ausencia de profesionales sociosanitarios que puedan dar respuesta integral a un problema que....merece ser atendido y valorado desde un punto de vista interdisciplinar”

Por su parte la Diputada Sra. Grande por el Grupo Parlamentario Socialista, planteó en el debate la siguiente cuestión

¿Podríamos Señorías estar inconscientemente aniquilando la autonomía del paciente, paciente que, por cierto, libremente se niega a recibir su tratamiento? para afirmar más tarde “debemos abordar un conjunto de previsiones que permitan el tratamiento integral del enfermo psíquico, con medidas más amplias y profundas que las que la proposición de ley plantea”

La reacción a dicha propuesta tanto por parte de profesionales de salud mental, asociaciones de ámbito estatal y autonómico, enfermos mentales e incluso alguna Asociación de Familiares, hizo que la tramitación, inicialmente prevista por el procedimiento urgente, se derivase al procedimiento ordinario, estableciéndose sucesivos periodos de enmiendas.

Finalmente se acordó realizar un turno de comparecencias ante la Comisión de Justicia que se celebraron durante los días 1 y 2 de Marzo de 2005, donde varios expertos hablaron a favor y en contra de la propuesta. (Diario de Sesiones de la Comisión de Justicia)

A partir de este momento la propuesta quedó paralizada al tiempo que creció el debate entre los profesionales de la Salud Mental y expertos en Derecho.

Un hecho particularmente significativo se produjo cuando el Defensor del Pueblo en informe de fecha 11 de Noviembre de 2005 tomó posición en el debate en el sentido de considerar que la reforma no era necesaria.

Señala el Defensor del Pueblo en su informe:

“A juicio de esta Institución un adecuado desarrollo de los recursos sanitarios. sociosanitarios. terapéuticos y de los servicios de rehabilitación y de reinserción social en el ámbito de la salud mental (hospitales de día. centros de día. unidades de crisis psicoterapéuticas. una red de pisos. programas de seguimiento individualizado. equipos de visitas domiciliarias. prestaciones sociales. programas para incorporar a la vida laboral a los enfermos. etc.) y un correcto ejercicio de las acciones legales que contempla nuestro ordenamiento hacen innecesario que deba de proponerse una reforma del marco legal actual, pues las previsiones actuales permiten solicitar el auxilio judicial para aplicar un tratamiento involuntario a una persona que no sea capaz de prestar su consentimiento.

A partir de este pronunciamiento desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han multiplicado los esfuerzos por avanzar en la línea por todos señalada, cual es la del abordaje integral y la provisión de recursos.

En este sentido es de sumo interés el documento que recoge la “Propuesta de Estrategia en Salud Mental” (Diciembre de 2006), documento de consenso con participación muy plural en el que se plantea ya un horizonte nuevo para la atención en Salud Mental.

En este sentido tuvo importancia la promulgación del Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE nº 222 de 16 de Septiembre de 2006) que dedica el apartado 8 del anexo II y el apartado 7 del Anexo III a la Atención a la Salud Mental pues si resultar completamente satisfactorio, sí que introducía mejoras en relación con la situación precedente.

El asunto de la pretendida regulación de los tratamientos ambulatorios involuntarios resurgió parlamentariamente a raíz de su inclusión en el Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria (Arts. 84 a 87)

Esta iniciativa del Ministerio de Justicia sorprendió a todos, empezando por el propio Ministerio de Sanidad, como deja traslucir su titular en el año 2006 (Sra. Salgado Méndez) en su comparecencia ante la Comisión de Sanidad y Consumo el día 28 de Diciembre de 2006.

Lo cierto es que tal iniciativa fue neutralizada.

Es de gran interés la lectura de las intervenciones de los distintos grupos parlamentarios a raíz de las comparecencias de expertos ante la Comisión de Justicia del Congreso, celebradas el día 17 de Mayo de 2007.

Resulta especialmente llamativo como algunos grupos que inicialmente apoyaron la propuesta y regulación, se muestran ya en ese momento, contrarios a la misma.

Así por el Partido Nacionalista Vasco (PNV), su portavoz Sra. Uría Etxebarria tuvo varias intervenciones, entre ellas, los extractos que a continuación se transcriben.

Consta en el Diario de Sesiones:

La señora URÍA ETXEBARRÍA: Muchas gracias, señor presidente. Quiero dar las gracias a los comparecientes que conocen perfectamente, al igual que esta diputada, que estamos hablando de una materia que ha tenido distintas graduaciones de interés o aceptación por parte de los señores diputados a la hora de intentar su regulación. Se ha citado que se presentó una proposición de ley en tiempos pasados y hubo un trámite de comparecencias previas los días 1 y 2 de marzo del año 2005, del que algunos grupos concluyeron que era abrumadoramente mayoritaria la posición de quienes no querían regulación alguna frente a quienes sí la querían

...//...

La señora URÍA ETXEBARRÍA: Muchas gracias, señor presidente.

Muchas gracias también al fiscal Santos Urbaneja. Quiero manifestarle que la postura que mi grupo sostiene en la actualidad coincide básicamente con lo que por él se ha expresado desde esta tribuna. Si bien inicialmente tuvimos una postura favorable a que se pudiese tramitar la proposición, lo que alrededor de ella hemos ido averiguando nos ha llevado a una posición distinta

En primer lugar, también a mi grupo le parece muy sorprendente, y así lo tenemos explicado en la justificación de la enmienda que pensábamos presentar para la supresión de este capítulo del proyecto de ley, que del anteproyecto al proyecto resultase introducido el texto de estos artículos y que no haya sido objeto de informe por el Consejo General del Poder Judicial ni por el Consejo Fiscal. También nos parecía que quizá ha llegado el momento de dar mayor importancia a la normativa sanitaria en la materia, al margen de lo que podía ser judicialización sí o no, teniendo en cuenta tanto la Ley General de Sanidad -respecto a la cual siempre hay quejas de lo poco desarrollada que ha sido en cuanto a esta cuestión- como el artículo 9 de la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, y sobre todo la estrategia de salud mental. Me corresponde en esta legislatura ser presidenta de la Comisión de Sanidad y, por tanto, tuve el enorme agrado de estar presente en el ministerio el día que se presentó, por cierto, de manera lujosísima, por el profesor Rojas Marcos.

Las virtualidades que se arrojan ante todos estos instrumentos normativos en el ámbito de la sanidad pueden hacer que resulte prematuro intentar judicializar y que traiga más inconvenientes que beneficios un procedimiento del estilo que el proyecto de ley propone.

Además, como también él ha manifestado, el asunto ahora pivota en los recursos, en si estos son bastantes o no y en si no se conseguirían también resultados parecidos con la instauración de programas de seguimiento intensivo, programa de tratamientos de casos, gestión de casos o lo que ahora se llama tratamientos asertivos comunitarios. En nombre del Grupo Socialista intervendrá quien es profesional de la medicina, además pertenece al grupo mayoritario en la Cámara y estoy convencida de que si por todos se hace el esfuerzo de proporcionar recursos bastantes, lo que pretendemos arreglar se puede hacer por vía distinta de la inclusión de un procedimiento judicializado, aunque solo sea a través de la jurisdicción voluntaria como el proyecto prevé.

Así las cosas, la regulación de los tratamientos ambulatorios involuntarios no podía prosperar.

En este mismo sentido, el grupo de trabajo de la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas) elaboró en Ginebra el 11 de octubre de 2007 una propuesta para ser discutida por la sección de psiquiatría de la UEMS el 24 de abril de 2008 en Copenhague con las siguientes conclusiones:

“Sería engañoso creer que la introducción de medidas legales para el tratamiento involuntario en la comunidad podría ser exitosa por sí misma. Debería existir también una inversión en los servicios comunitarios, especialmente en la formación y la contratación de profesionales capaces de proporcionar el tratamiento y el apoyo necesarios para los usuarios y sus cuidadores.

La sección de psiquiatría de la UEMS es consciente de que en muchos países de la UE el cuidado comunitario está aún en una etapa rudimentaria.

Aconsejaríamos que no se introdujesen medidas de cuidados comunitarios involuntarios hasta que se haya establecido y probado un sistema sólido de cuidados en la comunidad”

LA SITUACIÓN EN ANDALUCÍA

La Comunidad Andaluza recibió hace ya años las transferencias en materia de Salud y ha ejecutado un primer Plan de Actuación en Salud Mental y el segundo se encuentra en proceso de elaboración.

El recién reformado Estatuto de Autonomía de Andalucía (L.O. 2/2007 de 19 de Marzo) expresa una sensibilidad especial cuando en el Art. 22-3 proclama;

“Las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes”

Debido a esta proclamación expresa y al alto grado de sensibilidad que la Comunidad Andaluza ha mostrado siempre ante la enfermedad mental, se esperaba con verdadera expectación el Decreto de Ordenación de los Servicios de Salud Mental, en la medida en que pudiera recoger y organizar determinados servicios (Seguimiento individualizado, tratamiento asertivo, intervención en crisis, etc...) largamente demandados.

Para nuestra decepción, el Decreto 77/2008 de la Consejería de Salud de 4 de Marzo, de ordenación administrativa y funcional de servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, apenas recoge novedades sobre la situación anterior y no acomete las necesarias reformas y medidas para la atención del enfermo mental crónico que no tiene adherencia al tratamiento.

Así, una vez más, el colectivo más necesitado de atención, aquél para el que el Estatuto demanda **“actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes”**, queda una vez más postergado.

Estos programas tampoco aparecen en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia aplicable también a los enfermos mentales dado que dentro de las definiciones, el Art. 2 establece que se entiende por dependencia:

“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”

Lo que sí es cierto es que tanto la propia Ley de Dependencias, en el Art. 4-2 que dice:

“Las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

...//...

A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo.

Como el propio Estatuto de Autonomía en su Art. 39 que dispone:

“Los actos de los Poderes Públicos de la Comunidad que vulneren los derechos mencionados en el artículo anterior, podrán ser objeto de recurso ante la Jurisdicción correspondiente de acuerdo con los procedimientos que establezcan las leyes procesales del Estado”

Permiten el acceso a los Tribunales al haber concedido a los afectados “verdaderos derechos subjetivos” a recibir las atenciones y prestaciones debidas.

No es de extrañar que si no se arbitran las medidas y recursos necesarios se inicie un peregrinaje hacia los Tribunales por parte de los afectados.

Resulta de interés en este contexto, la reciente Sentencia de la Sección Tercera de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía con sede en Sevilla, de fecha 10 de Octubre de 2007 en Recurso nº 663/2003 por la que se condena a la Junta de Andalucía (Consejería de Asuntos Sociales) a indemnizar a la víctima de las lesiones causadas por un enfermo mental respecto del cual se había solicitado una intervención sanitaria y un recurso asistencial que no se había dado.

Dice el Fundamento Jurídico CUARTO:

“Entre las competencias propias de la Administración demandada se encuentran las relativas a la asistencia social y prevención de situaciones como la que afecta a la persona del autor material de la agresión.

Como está acreditado hasta la saciedad, la Administración conocía la situación personal del interesado, las enfermedades que padece, la problemática provocada por el alcoholismo y, en suma, su peligrosidad anteriormente demostrada. Conoce la existencia de una resolución judicial que ordena o autoriza su internamiento en un centro oficial idóneo para tratar sus problemas. Y sin embargo nada el organismo responsable, sino permitir que el enfermo se mueva con absoluta libertad.

Y, por supuesto, frente a tan específica situación, la responsabilidad de la demandada no desaparece por el mero hecho de que al parecer en el centro indicado por el Juzgado no había plazas libres para que el enfermo ingresara. Este argumento es rechazable de plano. Si no se puede dejar a un niño en edad escolar sin colegio con el argumento de que no hay plaza en el centro docente, menos aún se puede dejar sin plaza hospitalaria – o similar – a quien tiene acreditada con creces su peligrosidad”

Este pronunciamiento se realizó en base a la legislación Pre-Estatutaria, con mayor fundamento puede hacerse en base al Estatuto actualmente vigente.

Hoy es ampliamente aceptado que el camino hacia la integración social y normalización de las personas con enfermedad mental pasa por el abordaje bio-psico-social.

No siquiera los biologicistas más radicales mantienen hoy que las pastillas sean el único recurso para la enfermedad mental, otra cosa es que mantengan que lo demás que hay que hacer corresponda o no a la medicina.

Nadie pone en duda de que los fármacos son necesarios, pero a ello hay que añadir la psicoterapia y la intervención social (vivienda, trabajo, ocio) que proporcione a los enfermos un horizonte transitable en el que pueda trabajar y desarrollar su afectividad. Esto es la normalización. Como decía Freud, es normal quien es capaz de amar y de trabajar.

En lo tocante al abordaje social de las personas con enfermedad mental grave hay que destacar con legítima satisfacción la existencia en la Comunidad Andaluza de un recurso social de extraordinaria importancia; Se trata de la FAISEM (Fundación Andaluza de Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental).

Con sus 1933 plazas residenciales, y cientos de empleos en empresas, talleres ocupacionales, centros de formación, etc..., han cambiado el rumbo de muchas vidas de enfermos orientándolas hacia la dignidad y la autonomía.

A ello hay que añadir sus actividades deportivas entre las que hay que destacar los torneos de Fútbol 7 celebrados en Cabra (Córdoba) localidad que este año ha acogido el I Campeonato Europeo de esta modalidad para personas con enfermedad mental que además, ha tenido un importante eco mediático contribuyendo de modo extraordinario a la lucha contra el estigma (Se puede ver reportaje en http://www.plus.es/esp/fiebre_maldini/terceratemporada/_esp_//index.html?id=20081103pluutmftb_11.Ves)

Igualmente importantes con los programas culturales (exposiciones de pintura y escultura, talleres de poesía, etc...) que tanto mejoran la autoestima y proyección social de sus autores.

La apuesta del Gobierno Andaluz en lo tocante a la reinserción social del enfermo mental merece todos los elogios.

Causa tristeza, no obstante, que bastantes enfermos no se puedan beneficiar de estos recursos ante la inexistencia de equipos de salud mental comunitarios que trabajen con los que muestran resistencia a acudir a los equipos y a seguir tratamiento.

Hoy en día existe la experiencia y los estudios (Experiencia de Avilés) que demuestran como con los recursos que estamos reclamando se logra, en un altísimo porcentaje de casos, la adherencia al tratamiento y la inclusión en los programas y recursos sociales.

Igualmente causa tristeza que aún hoy, en bastantes casos, los propios Equipos de Salud Mental no conozcan bien el funcionamiento, recursos y procedimientos de derivación hacia la FAISEM.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Art. 29 de la Constitución Española de 1978

Ley Orgánica 4/2001, de 12 de noviembre, reguladora del Derecho de Petición

LEGITIMACIÓN

Artículo 1. Titulares del derecho de petición.

“Toda persona natural o jurídica, prescindiendo de su nacionalidad, puede ejercer el derecho de petición, individual o colectivamente, en los términos y con los efectos establecidos por la presente Ley y sin que de su ejercicio pueda derivarse perjuicio alguno para el peticionario”

DESTINATARIO

Artículo 2. Destinatarios.

El derecho de petición podrá ejercerse ante cualquier institución pública, administración, o autoridad, así como ante los órganos de dirección y administración de los organismos y entidades vinculados o dependientes de las Administraciones públicas, respecto de las materias de su competencia, cualquiera que sea el ámbito territorial o funcional de ésta.

OBJETO

Artículo 3. Objeto de las peticiones.

Las peticiones podrán versar sobre cualquier asunto o materia comprendido en el ámbito de competencias del destinatario, con independencia de que afecten exclusivamente al peticionario o sean de interés colectivo o general.

No son objeto de este derecho aquellas solicitudes, quejas o sugerencias para cuya satisfacción el ordenamiento jurídico establezca un procedimiento específico distinto al regulado en la presente Ley.

PROCEDIMIENTO

Artículo 4. Formalización.

1. Las peticiones se formularán por escrito, pudiendo utilizarse cualquier medio, incluso de carácter electrónico, que permita acreditar su autenticidad, e incluirán necesariamente la identidad del solicitante, la nacionalidad si la tuviere, el lugar o el medio elegido para la práctica de notificaciones, el objeto y el destinatario de la petición.

Artículo 6. Presentación de escritos.

1. El escrito en que se deduzca la petición, y cualesquiera otros documentos y comunicaciones, podrán presentarse ante cualquier registro o dependencia admitida a estos efectos por la legislación reguladora del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

2. La administración, institución pública o autoridad que reciba una petición acusará recibo de la misma y lo comunicará al interesado dentro de los diez días siguientes a su recepción. Esta actuación se llevará a efecto por el órgano correspondiente de acuerdo con la norma organizativa de cada entidad.

Artículo 7. Tramitación de peticiones. Subsanación.

1. Recibido el escrito de petición, la autoridad u órgano al que se dirija procederá a comprobar su adecuación a los requisitos previstos por la presente Ley, previas las diligencias, comprobaciones y asesoramientos que estime pertinentes. Como resultado de tal apreciación deberá declararse su inadmisión o tramitarse la petición correspondiente.

2. Si el escrito de petición no reuniera los requisitos establecidos en el artículo 4, o no reflejara los datos necesarios con la suficiente claridad, se requerirá al peticionario para que subsane los defectos advertidos en el plazo de quince días con el apercibimiento de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, notificándose entonces su archivo con expresión de la causa.

3. Asimismo se podrá requerir al peticionario la aportación de aquellos datos o documentos complementarios que obren en su poder o cuya obtención esté a su alcance y que resulten estrictamente imprescindibles para tramitar la petición. La no aportación de tales datos y documentos no determinará por sí sola la inadmisibilidad de la petición, sin perjuicio de sus efectos en la contestación que finalmente se adopte.

Artículo 11. Tramitación y contestación de peticiones admitidas.

1. Una vez admitida a trámite una petición, la autoridad u órgano competente vendrán obligados a contestar y a notificar la contestación en el plazo máximo de tres meses a contar desde la fecha de su presentación. Asimismo podrá, si así lo considera necesario, convocar a los peticionarios en audiencia especial.

2. Cuando la petición se estime fundada, la autoridad u órgano competente para conocer de ella, vendrá obligado a atenderla y a adoptar las medidas que estime oportunas a fin de lograr su plena efectividad, incluyendo, en su caso, el impulso de los procedimientos necesarios para adoptar una disposición de carácter general.

3. La contestación recogerá, al menos, los términos en los que la petición ha sido tomada en consideración por parte de la autoridad u órgano competente e incorporará las razones y motivos por los que se acuerda acceder a la petición o no hacerlo. En caso de que, como resultado de la petición, se haya adoptado cualquier acuerdo, medida o resolución específica, se agregará a la contestación.

4. La autoridad u órgano competente podrá acordar, cuando lo juzgue conveniente, la inserción de la contestación en el diario oficial que corresponda.

5. Anualmente la autoridad u órgano competente confeccionará una memoria de actividades derivadas de las peticiones recibidas.

COMUNICACIÓN A OTROS ÓRGANOS O INSTITUCIONES

Artículo 4-3

“El peticionario podrá dar cuenta del ejercicio de su derecho a institución u órgano diferente de aquél ante quien dirigió la petición, remitiéndole copia del escrito sin otro efecto que el de su simple conocimiento.

PROTECCIÓN JURISDICCIONAL

Artículo 12. Protección jurisdiccional.

El derecho de petición es susceptible de tutela judicial mediante las vías establecidas en el artículo 53.2 de la Constitución, sin perjuicio de cualesquiera otras acciones que el peticionario estime procedentes. Podrán ser objeto de recurso contencioso-administrativo, por el procedimiento de protección jurisdiccional de los derechos fundamentales de la persona, establecido en los artículos 14 y siguientes de la Ley 29/1988, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa:

- a) La declaración de inadmisibilidad de la petición.**
- b) La omisión de la obligación de contestar en el plazo establecido.**
- c) La ausencia en la contestación de los requisitos mínimos establecidos en el artículo anterior.**

EN VIRTUD DE TODO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, SE PIDE A LA SRA. CONSEJERA DE SALUD DE ANDALUCÍA QUE, EN USO DE SUS COMPETENCIAS Y COMO MANIFESTACIÓN DE LA ESPECIAL PROTECCIÓN DEBIDA A LOS ENFERMOS MENTALES EXPRESADA EN EL ART. 22-3 DEL RENOVADO ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE ANDALUCÍA, (QUE LES HACE ACREEDORES DE RECURSOS SANITARIOS “ESPECIALES Y PREFERENTES”), ADOpte LAS INICIATIVAS TENDENTES A LA CREACIÓN Y DOTACIÓN DE EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, CON DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, TRATAMIENTO ASERTIVO, SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO, UNIDADES DE ACTUACIÓN EN CRISIS, ETC..., QUE PERMITAN ABORDAR LA PENOSA REALIDAD ACTUAL DEL ENFERMO QUE NO PRESENTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, CON LAS GRAVES CONSECUENCIAS DE TIPO SOCIAL, FAMILIAR Y PARA EL PROPIO ENFERMO QUE ELLO CONLLEVA.

OTROSÍ

En base a lo establecido en el Art. 4-3 de la Ley Orgánica 4/2001, de 12 de noviembre, reguladora del Derecho de Petición, del presente escrito se remitirá copia:

A los Grupos Parlamentarios del Parlamento Andaluz.

A la Sra. Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

A la Fundación Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

Al Defensor del Pueblo de Andalucía.

A los Grupos Parlamentarios del Parlamento del Estado.

A la Sra. Ministra de Sanidad y Consumo.

Al Defensor del Pueblo del Estado.

A la Sra. Directora de Instituciones Penitenciarias.

A las Asociaciones y Federaciones de Familiares y Allegados a Enfermos Mentales

A las demás Instituciones y organismos con interés en esta materia

Fdo. Miguel Orense Moreno
Presidente de la Comisión de Discapacidad y Dependencias
del Ilustre Colegio de Abogados de Córdoba