



En Logroño, a 6 de marzo de 2023, el Consejo Consultivo de La Rioja, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz, de los Consejeros D. Enrique de la Iglesia Palacios, D^a. Amelia Pascual Medrano, D^a. Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D^a. María Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D. Enrique de la Iglesia Palacios, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

13/23

Correspondiente a la consulta elevada al Consejo Consultivo de La Rioja por la Mesa del Parlamento de La Rioja sobre la *Proposición de Ley de las personas con problemas de salud mental y sus familias*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Único

El Excmo. Sr. Presidente del Parlamento de La Rioja remite para dictamen la precitada Proposición de Ley, acompañada de los siguientes documentos, todos ellos relativos a su tramitación parlamentaria:

-Texto inicial de la Proposición de Ley, presentada por la Sección de Izquierda Unida en el Grupo Parlamentario Mixto y fechada el 10-2-2022; y Acuerdo de la Mesa del Parlamento de La Rioja, de 15-2-2022, por el que fue admitida a trámite la Proposición de Ley (nº 10L/PPLD-0016), se ordenó su publicación, y se remitió al Gobierno de La Rioja para que manifestase su criterio respecto a la toma en consideración (Boletín Oficial del Parlamento de La Rioja -BOPLR- núm. 133, de 18-2-2022, Serie A).

-Acuerdo del Consejo de Gobierno, adoptado en su sesión de 23-2-2022, por el que se manifiesta el criterio favorable del Gobierno respecto a la toma en consideración de la Proposición de Ley (BOPLR núm. 139, de 3-3-2022, Serie A).

-Acuerdo del Pleno del Parlamento de La Rioja, adoptado en sesión de 5-5-2022, por el que se aprobó la toma en consideración de la Proposición de Ley (BOPLR, nº 163, de 9-5-2022, Serie A).

-Acuerdo de la Mesa del Parlamento, de 11-5-2022, por la que se dispone la remisión de la Proposición de Ley a la Comisión de Salud, así como la apertura de un plazo de cinco días para que los Grupos Parlamentarios pudieran solicitar la comparecencia de expertos (BOPLR, nº 168, de 13-5-2022, Serie A).



-Publicación de las comparecencias parlamentarias de diversos expertos sobre la materia objeto de la iniciativa legislativa 10L/PL-0016, que se desarrollaron en las sesiones celebradas los días 28-9-2022, 30-9-2022, 3-10-2022, 4-10-2022, 5-10-2022 y 14-10-2022 (BOPLR, nº 214, de 17-10-2022, Serie A).

-Apertura del plazo de presentación de enmiendas (BOPLR, nº 214, de 17-10-2022, Serie A).

-Enmiendas al articulado presentadas por los Grupos Parlamentarios Mixto, Ciudadanos, Popular y Socialista (BOPLR, nº 221, de 7-11-2022, Serie A).

-Acuerdo de la Mesa del Parlamento, de 7-12-2022, por el que se dispone tramitar la iniciativa legislativa 10L/PPLD-0016 por el procedimiento de urgencia (BOPLR, nº 234, de 13-12-2022, Serie A).

-Designación de los Sres. Diputados integrantes de la Ponencia que ha de informar la Proposición de Ley (BOPLR, nº 255, de 23-1-2023, Serie A).

-Informe de la Ponencia, de 31-1-2023, que identifica las enmiendas informadas favorable y desfavorablemente y las enmiendas transaccionadas y retiradas. El Informe, remitido a la Comisión de Salud, se acompaña de un Anexo con el texto resultante de la Proposición de Ley (BOPLR, nº 262, de 1-2-2023, Serie A).

-Dictamen de 3-2-2023, de la Comisión de Salud; publicación de las enmiendas al articulado que los Grupos Parlamentarios (Ciudadanos y Popular) pretenden defender en el Pleno; y designación de la Sra. Diputada que ha de presentar el Dictamen ante el Pleno (BOPLR núm. 264, de 7-2-2023, Serie A).

-Escritos firmados el 6-2-2023 y el 10-2-2023 por los Sres. Portavoces de los Grupos Parlamentarios Socialista, Mixto, Ciudadanos y Popular, mediante el que instan a la Mesa de la Cámara a solicitar “*informe del Consejo Consultivo de La Rioja*” sobre la Proposición de Ley.

-Informe de los Servicios Jurídicos del Parlamento de La Rioja, de 13-2-2023.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 13-02-2023; y registrado de entrada en este Consejo el mismo día; el Excmo. Sr. Presidente del Parlamento de La Rioja comunica al Consejo que, por medio de escritos de 6-2-2023 y 10-2-2023, los Grupos Parlamentarios Socialista, Popular, Ciudadanos y Mixto han solicitado la emisión de informe del Consejo Consultivo sobre la Proposición de Ley de las personas con problemas de salud mental y sus familias; y que ha resuelto recabar ese informe con carácter de urgencia a la vista de lo anterior y considerando lo dispuesto en los arts. 102.1 del Reglamento del Parlamento de La Rioja (RPLR), y 10.3 de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja (LCC).



Segundo

El Excmo. Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 14-2-2023, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Competencia del Consejo Consultivo para la emisión del presente dictamen y contenido del mismo

1.- El Consejo Consultivo tiene competencia para emitir el presente dictamen al amparo del art. 10.3 de nuestra Ley 3/2001, a cuyo tenor el Consejo *“prestará asistencia al Parlamento de La Rioja en los casos en que así lo establezca el Reglamento de la Cámara”*.

A su vez, el art. 102.1 del Reglamento del Parlamento de La Rioja, de 18 de abril de 2001 (RPLR), prevé la posibilidad de que, a petición motivada de cualquier Grupo Parlamentario, la Mesa de la Cámara, oída la Junta de Portavoces, formule petición de informe al Consejo Consultivo. Informe que *“en ningún caso, tendrá carácter vinculante”*. Esta previsión resulta igualmente aplicable a las Propositiones de Ley, que, una vez aprobada su toma en consideración, seguirán el trámite previsto para los Proyectos de Ley (art. 108.4 RPLR).

2.- En cuanto al ámbito de nuestro Dictamen, señala el artículo 2.1 de nuestra Ley reguladora que el Consejo, en ejercicio de su función, *“debe velar por la observancia de la Constitución, el Estatuto de Autonomía de La Rioja y el resto del ordenamiento jurídico, en cuyo conjunto normativo fundamentará el Consejo su Dictamen”*. Por tanto, como se ha señalado en otros Dictámenes (por todos, D.37/04, D.71/11, D.36/13 y D.41/16), debemos examinar la adecuación de la Proposición de Ley a la legalidad y constitucionalidad vigentes, sin entrar en cuestiones de oportunidad que no nos han sido solicitadas.



Más en particular -y como ya sostuvo este Consejo en su dictamen D.1/96 en interpretación del entonces vigente art. 98.1.a) de la Ley 3/1995, de 8 de marzo, de Régimen Jurídico y de Gobierno de la Administración Pública de La Rioja- *“el dictamen del Consejo Consultivo, cuando verse -como en este caso- sobre Propositiones de Ley, está legalmente limitado al examen de la adecuación de las mismas al Estatuto de Autonomía (actualmente, en su redacción de 1999, EAR’99), lo que ha de entenderse, más ampliamente, como adecuación también a las normas que constituyen el contexto en el que el Estatuto se desenvuelve, esto es, primero y esencialmente, a la Constitución, pero, igualmente, a las normas -integradas en el que ha dado en llamarse «bloque de la constitucionalidad»- a la que aquél o ésta se remiten para delimitar definitivamente el ámbito de las potestades autonómicas”*.

3-. La iniciativa legislativa sobre la que se nos solicita la emisión de informe es una Proposición de Ley (en lo sucesivo, PL) promovida por un Diputado del Parlamento de La Rioja, tal como prevén los arts. 19.i) y 20 EAR’99, y los arts. 91.a) y 107.2 RPLR.

Por esa razón, y como es lógico, a diferencia de lo que acontece con los Proyectos de Ley [cuyo envío al Parlamento corresponde al Gobierno de La Rioja ex arts. 20 EAR’99, y 91.b) y 92 RPLR], no ha tenido lugar, en este caso, la tramitación del procedimiento previo previsto por el art. 45 de la Ley 8/2003, de 28 de octubre, del Gobierno e incompatibilidades de sus miembros; por lo que este Consejo no puede formular ninguna consideración al respecto.

Esto dicho, el Consejo Consultivo entiende que asegurar la regularidad formal de la tramitación de la PL corresponde a los diferentes órganos y servicios del Parlamento de la Cámara. Así, a la Presidencia [arts. 29.1 y 29.2 RPLR]; a la Mesa [arts. 28.1.a) y 28.1.e RPLR]; o a los Letrados del Parlamento [arts. 165 y 166 RPLR].

Por este motivo, el Consejo se abstiene de realizar consideración alguna sobre las cuestiones atinentes al procedimiento parlamentario, respecto de las que, por otra parte, no se nos ha solicitado la emisión de nuestro parecer.

Segundo

Competencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja para regular la materia objeto de la Proposición de Ley

1. Planteamiento general.

La competencia de la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR) constituye el primer y esencial presupuesto para la validez de cualquier clase de disposición proyectada, ora sea



de rango legal, ora lo sea reglamentaria; pues, en caso contrario, amenazarían sobre las mismas los correspondientes reproches de inconstitucionalidad y de ilegalidad.

A este respecto, lo primero que ha de analizarse es si la CAR tiene o no competencia para dictar la Ley cuya Proposición se somete a nuestra consideración, pues dicha competencia constituye *conditio sine qua non* de posibilidad del ordenamiento jurídico riojano y de cualquier innovación que se pretenda introducir en él. Para ello y dentro del “*bloque de constitucionalidad*”, hemos de acudir, no sólo a la Constitución (CE), sino también al vigente Estatuto de Autonomía de La Rioja (EAR’99).

Igualmente, una vez sentado que la CAR tenga competencia para dictar la Ley proyectada, será preciso examinar cuáles son los límites y condicionantes a que tal competencia está sujeta según el “*bloque de constitucionalidad*”, con el fin de confrontar con él las disposiciones cuya aprobación se pretende.

Cuestiones que abordamos a continuación, ordenando la exposición del modo que sigue y que adelantamos ya por razones de claridad sistemática: **i)** exposición sintética del contenido de la PL; y, **ii)** competencias de la CAR para aprobar una Ley de las personas con problemas de salud mental y sus familias, y límites y condicionantes del ejercicio de las competencias autonómicas sobre la materia.

2. Exposición del contenido de la Proposición de Ley.

Con objeto comprender en una visión panorámica las materias que son objeto de regulación en la PL y, por tanto, analizadas en este dictamen, y, en especial, a efectos de poder pronunciarnos seguidamente sobre si la CAR tiene o no competencia para regular cada una de ellas, conviene comenzar exponiendo sucintamente el propio contenido de la PL.

Como cuestión previa, precisamos que las referencias que en este dictamen se contienen a la PL aquí analizada se hacen a la versión que resulta del Dictamen de la Comisión de Salud del Parlamento de La Rioja (esto es, al texto publicado en el BOPLR nº 264, de 7-2-2023, Serie A). Aclarado esto, el contenido de la PL es el que sigue:

A) La Exposición de Motivos de la norma proyectada explica las razones que justifican la promulgación de una Ley de personas con problemas de salud mental y de sus familias:

“El 9% de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida, según la OMS. Esto es, una de cada cuatro personas tiene o tendrá algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Y, según datos de 2019 publicados en el Informe anual del Sistema Nacional de Salud en abril de 2022: el 12,5 % de todos los problemas de salud en el mundo está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los



problemas cardiovasculares; de las diez de las enfermedades que producen mayor discapacidad en nuestra sociedad, cinco son trastornos mentales; el 29% de la población padece algún trastorno de salud mental; una de cada diez personas mayores de 75 años declara padecer un cuadro depresivo; entre el 2,5 % y el 3% de la población adulta en España tiene un trastorno mental grave; el 6,7% de la población de España está afectada por la ansiedad, exactamente la misma cifra de personas con depresión, y en ambas es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%); casi la mitad de los jóvenes españoles de entre 15 y 29 años (48,9%) considera que ha tenido algún problema de salud mental; la prevalencia registrada de trastornos mentales es de 286,7 casos por cada 1.000 habitantes, más elevada en mujeres que en hombres (313,3 frente a 258,8), y aumenta con la edad.

La Organización Mundial de la Salud considera que la salud mental va más allá de la ausencia de los trastornos mentales; es una parte integral de la salud de las personas en su sentido más amplio, de forma que, si no hay salud mental, no puede haber buena salud y por ello la preservación de la salud mental requiere estrategias transversales y multisectoriales que se apliquen desde la infancia hasta la vejez, incluyendo acciones adaptadas, entre otras, a las necesidades específicas de la mujer o a los problemas de las personas más desfavorecidas y en situaciones socioeconómicas más vulnerables”.

En el contexto general descrito por la Exposición de Motivos:

“Los poderes públicos riojanos deben asumir y garantizar la existencia de recursos que fomenten la promoción y protección de la salud mental y la prevención de la enfermedad y acompañen si es preciso toda la vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias para garantizar la inclusión efectiva y real, y acabar con la discriminación y las desigualdades.

La lucha contra el estigma es un tema pendiente dentro de la salud mental. Es necesario erradicar del lenguaje toda alusión a la enfermedad mental con carácter peyorativo o discriminatorio.

Urge establecer un modelo de atención interdisciplinar y transversal que involucre a toda la Administración de La Rioja, cuyos recursos puedan ser determinantes para lograr una plena inclusión, así como una participación activa de las y los pacientes y de sus familias en la toma de decisiones. Es preciso evitar, en la medida de lo posible, prácticas como la contención mecánica u otras que atentan contra sus derechos más básicos.

Es imperativo superar la situación actual de carencia de profesionales de la salud, así como de otros profesionales implicados en la atención y cuidado de la salud mental. En España, la ratio de estos y estas profesionales por habitante está lejos de alcanzar la de otros países de la Unión Europea”.

B) La PL consta de veinticinco artículos organizados sistemáticamente en los siguientes títulos:

-El Título Preliminar (arts. 1 a 5), contiene las Disposiciones Generales: “Objeto”, “Finalidad”, “Principios generales”, “Definiciones” y “Perspectiva de género transversal e interseccional”.

-El Título I regula los “Derechos de los y las pacientes y de sus familias” (arts. 6 a 11).



-El Título II (“*Actuaciones públicas para la protección de la salud mental*”) consta de tres Capítulos: el primero (arts. 12 a 15), denominado “*Garantías de atención a la salud mental*”; el segundo (arts. 16 y 17) rubricado “*De la atención sin coerción y de la promoción de los ingresos voluntarios*”); y el tercero, cuyo único artículo, el 18, contempla la creación de un Órgano Coordinador de políticas en materia de salud mental y adicciones.

-El Título III (art. 19) describe el “*Modelo de atención de salud mental y adicciones*”, rúbrica que comparten el Título y el propio art. 19.

-La PL dedica los tres artículos de su Título IV (arts. 20 a 22) a “*Sensibilización, lucha contra el estigma, prevención del suicidio y trastornos relacionados con las adicciones*”.

-El Título V (arts. 23 a 25) versa sobre “*Formación, educación e investigación en salud mental*”.

Para concluir, el texto cuenta con una Disposición Adicional, una Disposición Transitoria y dos Disposiciones Finales.

3-. Competencias de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Sus límites y condicionantes.

A nuestro criterio, es claro que el legislador autonómico riojano cuenta con diversos títulos competenciales que le habilitan para dictar una norma legal como la proyectada, mediante la que pretenden regularse las políticas públicas de la CAR (principalmente, sanitarias y de asistencia e integración social) dirigidas a las personas afectadas por problemas de salud mental y también a sus familias.

A) En efecto, por lo que respecta a la regulación de la actividad que la Administración sanitaria de la CAR debe desarrollar para la detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de salud mental, el art. 9.5 EAR’99 atribuye a la CAR competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de “*sanidad e higiene*”.

Esta competencia ha de ejercerse de manera respetuosa con las que al Estado confía el art. 149.1.16 CE: “*bases y coordinación general de la sanidad*”. En particular, y centrándonos en las cuestiones que más inciden en la regulación que ahora se pretende, cabe recordar que el legislador estatal, al abrigo de este título competencial, ha dictado, por un lado, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) y, por otro, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS).



La LGS, que es básica en los términos señalados por su art. 2, dedica específicamente su art. 20 a *“las actuaciones relativas a la salud mental”*, y sienta las bases que deben regir la atención que todas las Administraciones sanitarias –desde luego, también la autonómica riojana- han de prestar a las personas que padezcan este tipo de trastornos:

“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 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 posible 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”.

Por su parte, y en lo que interesa al análisis del PL, los arts. 8 a 8. Quinquies de la LCCSNS –que son básicos de acuerdo a su DF Primera- determinan la forma en que se articula la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), y el ámbito de intervención que se reserva a las Comunidades Autónomas en la definición de los servicios incluidos en ella. Se analizará esta cuestión al examinar, en particular, el art. 19 PL.

B) Por otro lado, la PL –cuya parte expositiva alude reiteradamente a la necesidad de abordar la problemática de la salud mental como una cuestión transversal y compleja, que no presenta una dimensión estrictamente médica y sanitaria- contiene disposiciones que habrán de disciplinar las políticas autonómicas de asistencia, integración social, inserción y rehabilitación de las personas con problemas de salud mental, para lo que La Rioja ostenta las competencias asumidas en virtud de los apartados 30 y 31 del art. 8.1 EAR’99: *“asistencia y servicios sociales”*, así como *“desarrollo comunitario”*, *“promoción e integración de las personas con discapacidad, emigrantes, tercera edad y demás grupos sociales necesitados de especial protección, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación”*.



C) Además, el carácter esencialmente polifacético o complejo de la problemática asociada a las patologías mentales (tanto por la diversidad de sus causas como por la multiplicidad de herramientas de respuesta que obliga a poner en juego), hace oportuno recordar aquí que pesa sobre los poderes públicos de la CAR el mandato que, “*en el ámbito de sus competencias*”, les impone el art. 7.2 EAR’99, conforme al cual deberán:

“promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social (...)”.

Por ello, además de los títulos competenciales específicos resultantes de los arts. 9.5, 8.1.30 y 8.1.31 EAR’99, es claro que los poderes públicos de la CAR han de ejercer su acervo competencial en el sentido exigido por el art. 7.2 EAR’99 y también por el art. 9.2 CE. De tal modo, la tutela de los derechos de las personas con problemas de salud mental y de sus familias, así como la promoción de sus intereses, han de hacerse efectivas -como prevé la PL ahora analizada- en otros ámbitos materiales sobre los que La Rioja tiene asumidas estatutariamente unas u otras clases de competencias, como, por ejemplo, educación o investigación científica (correlativamente, arts. 10 y 8.1.24 EAR’99).

D) Como es obvio, de conformidad con el art. 53.3 CE, el ejercicio de todas esas competencias estatutarias habrá de venir inspirado por los principios rectores de la política social y económica definidos, singularmente, por los arts. 43 y 49 CE, que la Exposición de Motivos de la PL trae a colación al recordar que:

“El artículo 43 de la Constitución española “reconoce el derecho a la protección de la salud” y establece que los poderes públicos organizarán y tutelarán la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por su parte, en el artículo 49 del texto constitucional se establece que” los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y a los que ampararán para el disfrute de los derechos “que el título I otorga a toda la ciudadanía”.

E) La norma legal cuya aprobación se pretende presenta también una cierta dimensión organizativa, en cuanto prevé la creación de un Órgano Coordinador de las políticas de la CAR en materia de salud mental.

Para constituir dicho órgano y para determinar su naturaleza jurídica y funciones, el legislador autonómico cuenta con el título competencial que le brindan los arts. 8.1.5 y 26.1 EAR’99. Conforme al primero de esos preceptos, la CAR ostenta competencia exclusiva para la “*creación y gestión de un sector público propio de la Comunidad*”, añadiendo el art. 26.1 EAR’99 que “*corresponde a la Comunidad Autónoma la creación y estructuración de su propia Administración pública dentro de los principios generales y normas básicas del Estado*”.



Pues bien, por razón de su conexión con el contenido de la norma legal proyectada, dentro de las “*normas básicas del Estado*” que condicionan el ejercicio de las competencias autonómicas, deben destacarse sin duda las contenidas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LSP’15) y, especialmente, las atinentes a la regulación de los órganos administrativos (arts. 5 y 15 a 18 LSP’15).

F) Para concluir, es obvio que el legislador autonómico riojano no puede regular materias que estén reservadas constitucionalmente a una ley orgánica de acuerdo con el art. 81.1 CE. En este sentido, nos remitimos al comentario relativo a los apartados 4 y 5 del art. 17 PL (F. Jco. Quinto .K) en el que esta cuestión se aborda *in extenso*.

4.- Como recapitulación de lo expuesto hasta aquí, es claro que la CAR tiene competencia para regular la materia cuya normación pretende la PL analizada, sin perjuicio de que, al hacerlo, deba ser respetuosa con los límites y condicionantes que se han descrito en el apartado anterior.

Tercero

Rango de la norma proyectada

El rango normativo de la norma proyectada –que, de aprobarse, constituirá Ley formal- es, sin duda, el adecuado, ya que, por razón de su contenido, la futura Ley incidirá de plano en la regulación de las relaciones jurídicas externas de la Administración y del Sector público autonómico con los administrados. La Proposición de Ley objeto de este dictamen habrá de ser examinada a la luz de las anteriores consideraciones.

Cuarto

Análisis general de la Proposición de Ley

Por razones de claridad expositiva, se va a dividir en dos Fundamentos Jurídicos el análisis del proyecto legislativo que nos ha sido remitido. En el presente F. Jco. Cuarto abordaremos un examen general del texto, aunque, con el fin de evitar reiteraciones innecesarias, nos referiremos ya a bloques de artículos que merecen observaciones parecidas. En el F. Jco. Quinto se contendrán las consideraciones particulares a preceptos concretos.

Comenzaremos, pues, con un examen global de la PL.

A) Consideración general. Desde luego, la PL resulta, en términos generales, respetuosa con el marco competencial en el que puede desenvolverse el legislador



autonómico al amparo de los arts. 8.1.30, 8.1.31 y 9.5 EAR'99, y de los restantes títulos relativos a las materias abordadas por él.

Además, la PL guarda plena coherencia con los presupuestos y principios que, conforme al art. 20 LGS, deben guiar la atención integral de Administraciones sanitarias a las personas que padezcan estos problemas, y que son, según ese art. 20 LGS los siguientes:

- *“...plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general”.*
- *“...total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales”.*
- *“...atención a los problemas de salud mental de la población” ... “en el ámbito comunitario”.*
- *Potenciación de “los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio”.*
- *Reducción “al máximo posible” de “la necesidad de hospitalización”.*
- *Atención especial a “problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría”.*
- *Hospitalización en “unidades psiquiátricas de los hospitales generales” a los pacientes afectados “por procesos que así lo requieran”.*
- *Desarrollo de “los servicios de rehabilitación y reinserción social” y “coordinación con los servicios sociales”, para lograr una “adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental”.*
- *Cobertura, por los servicios del sistema sanitario general “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”.*

Por ello, el texto que se somete a nuestra consideración merece una valoración esencialmente favorable, sin perjuicio de las consideraciones que realizaremos en relación con algunos de sus artículos.

B) Carácter programático de numerosos preceptos. Como segunda observación de conjunto, este Consejo –aun cuando es plenamente consciente de que su labor no es realizar observaciones de estricta técnica o estilo normativo, y mucho menos de oportunidad– sí quiere llamar la atención sobre el hecho de que, en gran medida, la Proposición legislativa analizada se ciñe a realizar declaraciones programáticas o a formular intenciones relativas planes o actuaciones futuras que habrán de acometer las Administraciones Públicas de la CAR mediante el constante empleo de expresiones del tipo: *“velará”, “promoverá”, “debe impulsar”, “potenciarán”* (p. ej. arts. 12.2, 15, 17.3, 18.3, 22.2, 24.1 o 25 PL). En suma, la PL opta, en excesivas ocasiones, por introducir normas llamadas de *soft law* -principios, recomendaciones, marcos muy genéricos de actuación- y no tanto por disposiciones



normativas nítidamente prescriptivas, que delimiten supuestos de hecho concretos a los que atribuyan consecuencias jurídicas determinadas e identificables.

Como hemos indicado ya en otros dictámenes en relación con textos legislativos parecidos (por todos, D.4/22 o D.6/23), ello —qué duda cabe—, merma un tanto la fuerza normativa de la PL y hace depender sus ambiciosos y extensos objetivos de los instrumentos de planificación y ejecución que se aprueben con posterioridad (Planes estratégicos, planes integrales, programas...); en su caso, de las normas de desarrollo sectorial concreto que se promulguen con posterioridad; y, en el marco de Servicio Riojano de Salud y del Sistema Riojano de Servicios Sociales, de las prestaciones que se satisfagan y los servicios que se presten para la garantía efectiva de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Por lo demás, el carácter esencialmente programático o desiderativo de la norma que examinamos traslada, en gran medida, el enjuiciamiento competencial a las concretas medidas de todo orden (normativas o ejecutivas) que en lo sucesivo se adopten para dar aplicación práctica a las previsiones de la PL.

C) Articulación de la nueva Ley con la Ley 2/2002, de 7 de abril, de Salud de La Rioja.

La siguiente consideración afecta a la relación de la nueva Ley con la vigente Ley 2/2002, de 7 de abril, de Salud de La Rioja (LSR).

El art. 1 PL describe el “*objeto*” de la futura norma legal:

“... garantizar el derecho a la protección de la salud mental a través de su promoción, prevención de la enfermedad, asistencia, cuidados y rehabilitación de las personas usuarias de los servicios en el ámbito de la salud mental..., con problemas de salud mental o ... con discapacidad psicosocial, así como sus familias”.

La PL pretende establecer una regulación integral de las políticas públicas de la CAR en relación con los problemas de salud mental, no sólo en sus aspectos puramente sanitarios o médicos (prevención, asistencia, rehabilitación), sino también en otros: prestación de servicios sociales a las personas que padezcan estos problemas y a sus familias para garantizar su plena inclusión social, sensibilización de la sociedad, formación de profesionales, investigación científica, atención en el ámbito educativo (...).

Desde luego, nada hay de reprochable en que el legislador autonómico, dentro de su ámbito de competencias (singularmente, las que ostenta ex arts. 8.1.30, 8.1.31 y 9.5 EAR'99), apruebe una ley que pretenda abordar el problema de la salud mental con una perspectiva de conjunto. De hecho, tal propósito es congruente con los principios establecidos por el art. 20 LGS, del que se infiere que la respuesta de los poderes públicos



a las patologías mentales no es una tarea que incumba en exclusiva al Sistema Nacional de Salud. Dada la propia naturaleza compleja de las causas y efectos de estas enfermedades, y de los padecimientos de toda índole que sufren los ciudadanos que se ven afectados por ellas (no sólo médicos, sino también de inserción social o laboral, por poner algunos ejemplos) los problemas de salud mental exigen también, en palabras del art. 20 LGS, una adecuada coordinación del sistema sanitario *“con los servicios sociales”*, y también que se preste debida atención a los *“problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”*.

Esto dicho, la Ley en tramitación se desenvuelve, principalmente, en el ámbito material de la salud, y de la regulación de la política sanitaria de la CAR. En este punto, el Consejo quiere llamar la atención sobre la circunstancia de que la nueva Ley habrá de insertarse en un sistema normativo preexistente, en el que ya se encuentra en vigor la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja (LSR).

Pues bien, la LSR, lejos de ser ajena a los problemas de salud mental, los contempla de manera expresa y específica en varios de sus preceptos, y también en su propia Exposición de Motivos, de acuerdo con la cual, la LSR *“coloca la salud mental en el marco de la atención sanitaria y se asegura su coordinación con los diversos recursos asistenciales tanto de atención primaria como especializada”*.

Así, el art. 48.2 LSR dispone que la atención a la salud mental se dispensará en los dos niveles organizativos en los que se ordenan los servicios sanitarios de la CAR, el de atención primaria y el de atención especializada. Y, por su lado, el art. 51 LSR viene a ser un trasunto del art. 20 LGS, cuyo contenido reproduce de manera casi literal.

En definitiva, la política sanitaria de la CAR en materia de salud mental está ya regulada por la LSR, que establece un marco normativo general (organización administrativa, ordenación de los niveles de prestación de servicios, planificación sanitaria...) que resulta aplicable también a esas especiales patologías que son los problemas de salud mental.

Por ejemplo, la *“promoción de la detección precoz y la atención temprana de posibles trastornos cognitivos o de desarrollo en la población infantil y juvenil”* que el art. 15.8 PL incluye como una de las *“garantías”* del *“nuevo modelo de salud mental”* se encuentra ya embebida dentro del *“conjunto de actuaciones sanitarias y no sanitarias”* que conforman la *“salud pública”* definida por el art. 44 LSR, actuaciones entre las que se cuenta la *“promoción de la salud y prevención de enfermedades”* (art. 44.2.g) LSR). Por ello mismo, entre las *“actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria”* que ha de desarrollar el Sistema Público de Salud de La Rioja, se hallan *“la atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia...”*, *“el desarrollo de programas de atención a grupos de población de mayor riesgo”*, *“la prestación de productos ... diagnósticos ...*



para la promoción de la salud, y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad” (apartados 1, 2 y 4 del art. 46 LSR).

La concurrencia de dos textos legales sobre una misma materia –aunque en este caso se justifica en la necesidad de abordar los problemas de salud mental desde una perspectiva que excede la meramente sanitaria- obliga a coordinar correctamente la nueva Ley con la vigente LSR, a la que no alude en ningún momento. Y ello, con el fin de evitar posibles distorsiones o dudas interpretativas en la aplicación de uno u otro cuerpo legal.

A nuestro criterio, esta necesidad de coordinación se hace especialmente presente en tres aspectos concretos.

-En materia de *planificación sanitaria*, la PL contempla la elaboración de diversos documentos de planificación sobre salud mental y adicciones, tales como: el “*Plan Estratégico de Salud Mental*” (PESM), el “*Plan Estratégico de Lucha contra el Estigma y la discriminación asociada a los problemas de salud mental*”, un “*plan asistencial integral para el tratamiento de trastornos relacionados con las adicciones*” o “*programas y protocolos para la prevención de enfermedades de salud mental y lucha contra el estigma*” (arts. 7.6, 20, 22.3 y 22.4 PL).

Pues bien, parecería razonable que la nueva Ley estableciera el modo en que esos planes, programas y protocolos se articulan entre sí y con el Plan de Salud de La Rioja, que es, conforme al art. 38 LSR, el instrumento superior de planificación de la política sanitaria de la CAR.

-En materia de *organización administrativa*, el art. 15.7 PL prevé la creación de una “*unidad administrativa para la coordinación de los servicios de atención a las personas con salud mental y sus familias*”. Sin embargo, la iniciativa legislativa ahora examinada guarda silencio sobre la forma en que esa nueva “*unidad administrativa*” vaya a insertarse en la actual estructura administrativa diseñada por la LSR, en qué medida vaya a modificarla (si es el caso), o qué competencias vaya a asumir de las que actualmente estén atribuidas a alguno de los órganos hoy existentes en la Administración sanitaria.

Insistiremos en esta cuestión al analizar el art. 18 y la DA Única de la PL, relativos a otro órgano administrativo de nueva creación: el “*Órgano de Coordinación de Políticas en Materia de Salud Mental y Adicciones*”.

-Para concluir, resulta necesario revisar cuidadosamente la terminología empleada por la nueva Ley para que, al referirse a los niveles organizativos, estructuras físicas y equipos de profesionales de atención a la salud mental, lo haga de modo coherente con los conceptos empleados por la LSR, si es que la propia LSR no va a ser objeto de modificación, como se



infiere del silencio que el texto analizado guarda sobre esos conceptos. Sobre esta cuestión, nos remitimos en particular a la observación relativa al art. 14 de la PL.

D) Indeterminación de los destinatarios de mandatos y deberes legales. En muchos de sus artículos, la PL impone obligaciones o dirige mandatos de actuación. Sin embargo, al acudir a fórmulas de redacción impersonales (“Se...”), el texto no identifica con la precisión que debe exigirse a una disposición legal el concreto órgano, sujeto o instancia sobre el que pretenden hacerse pesar tales mandatos o deberes.

En el caso de algunos preceptos, esa identificación resulta inequívoca por el propio sentido de la norma o por el contexto en el que se ubica. Por ejemplo, parece claro que el art. 14.2 PL se refiere a la “*Consejería competente en materia de salud*”, que es el sujeto que encabeza el apartado 1º del propio artículo 14. Y es obvio que el art. 15.7 PL (“*Se creará una unidad administrativa...*”) alude al Consejo de Gobierno de La Rioja, a quien corresponde “*aprobar la estructura orgánica... de la Administración General de la CAR*” (art. 23.v) de la Ley 8/2003 de 28 de octubre, del Gobierno e Incompatibilidades de sus miembros, LGI’03).

Sin embargo, en otros apartados de la PL, suplir ese silencio normativo -y, sobre todo, hacerlo con plena seguridad- no resulta tan sencillo, lo que provoca una indefinición que debe ser evitada. A título de simples ejemplos, se señalan los que siguen: “*Periódicamente, se realizarán estudios epidemiológicos...*”; “*... se creará un registro específico que permita conocer los datos*” de los recursos empleados; “*Se crearán mecanismos de registro y supervisión externa de las contenciones mecánicas...*”; “*Se procurarán los ingresos voluntarios...*”; “*se le trasladará al o a la paciente...*”; “*Se promoverá en todo momento la libre toma de decisiones...*”; “*Se revisarán los protocolos y mecanismos de indicación, registro y seguimiento...*”; “*Se trabajará en la adopción de un Código de Riesgo de Suicidio*”; “*Se establecerá un modelo integral de tratamiento para personas con trastorno por abuso de alcohol...*”; “*Se potenciarán las actuaciones orientadas a la detección precoz...*”; “*Se realizará un plan asistencial integral...*”; “*Se velará por la eliminación en el ámbito de educativo de ciertos estereotipos...*”, “*Se desarrollarán programas para la formación*”, “*Se realizarán actuaciones orientadas a informar...*” (arts. 12.4, 15.10, 16, 17 apartados 1, 2, 3 y 6, 21.4, 22 apartados 1 a 3, y 24 apartados 1 a 3 PL).

Como ha quedado dicho, la PL debería aclarar cuál es el destinatario de tales mandatos legales. Cabalmente, y según los casos, la Administración sanitaria, las Consejerías competentes en unas u otras materias (salud, educación...) o los facultativos que asistan al paciente.

E) Cuestiones lingüísticas y de técnica normativa. Para concluir, y aunque sea incidir en cuestiones de redacción y técnica normativa, en tanto pudiera verse comprometido el principio de seguridad jurídica, nos permitimos desaconsejar el empleo de figuras



retóricas, tales como: “*su voz sea escuchada*” (art. 6.2.m PL), o “*incluyendo mente, cuerpo y comunidad*” (art. 4.6 PL).

El Apartado 101 de las Directrices de Técnica Normativa (DTN), aprobadas por Acuerdo del Consejo de Ministros de 28-7-2005 (BOE núm. 180, del 29), recoge unos “*criterios lingüísticos generales*”, conforme a los cuales las disposiciones normativas han de “*redactarse en un nivel de lengua culto, pero accesible para el ciudadano medio, de manera clara, precisa y sencilla*”, debiéndose “*evitar todo aquello que, sin aportar precisiones de contenido, complique o recargue innecesariamente la redacción de la norma*”.

En los dos ejemplos antes señalados, el texto tal vez ganaría en claridad y precisión si las expresiones utilizadas se sustituyeran por otras objetivas o descriptivas, más propias del lenguaje jurídico, como serían: *su voluntad sea tomada en consideración* (art. 6.2.m) PL); o *incluyendo los aspectos psicológicos, físicos y sociales* (art. 4.6 PL), u otras de tenor semejante.

Por ello mismo, debe evitarse el empleo de algunos epítetos y adverbios, que no añaden contenido normativo a los preceptos que los albergan y que parecen más propios de la Exposición de Motivos que del articulado de la Ley. Así, las expresiones “*amplia red*” o “*ciertos estereotipos negativos profundamente arraigados*” (arts. 21.3 y 24.1 PL) no verían mermado su sentido si fueran sustituidas por “*red*” o “*estereotipos negativos*”. Incidiremos sobre esta cuestión al analizar el art. 2 de la PL.

Quinto

Observaciones a preceptos concretos

A) Observaciones relativas al artículo 2 (“*Finalidad*”).

1.- El art. 2 PL describe las finalidades que pretenden conseguirse mediante “*las acciones contempladas en esta ley*”. Sin embargo, al hacerlo, el precepto emplea en numerosas ocasiones expresiones valorativas o justificaciones de oportunidad o coyuntura que son más propias de la Exposición de Motivos, o incluso de los debates parlamentarios, que del articulado de la Ley. Así, se identifican los siguientes incisos: “*proteger a las personas... frente a la amenaza creciente...*”, “*... programas específicos que actualmente no ven garantizado disponer de recursos...*”, “*rechazar firmemente...*” (apartados 5, 6 y 8 del art. 2 PL).

2.- La redacción del art. 2.4 PL parece incompleta pues no especifica qué es aquello que se pretende “*garantizar mediante programas transversales de coordinación de los dispositivos*”, sanitarios y “*no sanitarios*”, a los que el precepto se refiere. Tal vez el



apartado quiera decir, en realidad, “4. Garantizar mediante programas transversales [la] coordinación de los dispositivos...”.

B) Observación relativa al artículo 3 (“Principios generales”).

El art. 3.4, inciso segundo, PL contiene una definición de “*discriminación*” (“... cualquier distinción, exclusión o diferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar” a las personas con problemas de salud mental “*el disfrute de los derechos en pie de igualdad*”) que debería llevarse al art. 4 PL (“*Definiciones*”).

C) Observación relativa al artículo 4 (“Definiciones”).

El art. 4 PL contiene las definiciones de varios conceptos que se emplean en el texto normativo cuya aprobación se pretende. Sin embargo, a lo largo del articulado, cabe observar la presencia de otros conceptos que, sin estar presentes en el listado del art. 4 PL, también deberían estar incluidos en él.

Como señala el ya citado Apartado 101 de las DTN, “*se recurrirá, cuando proceda, al empleo de términos técnicos dotados de significado propio; en ese caso, se añadirán descripciones que los aclaren y se utilizarán en todo el documento con igual sentido*”.

Los “*criterios lingüísticos generales*” de la DTN nº 101 obedecen a una explicación obvia, intrínsecamente vinculada al principio constitucional de seguridad jurídica (art. 9.3 CE) e incluso a los fines últimos del Derecho, como instrumento al servicio de ordenación de la sociedad. A través de los preceptos de las disposiciones normativas, se establece que ciertos supuestos fácticos producirán unas u otras consecuencias jurídicas (derechos, facultades, cargas, deberes, obligaciones...), exigibles a su vez *por y frente a* unos u otros sujetos de Derecho; lo que exige que tanto los supuestos fácticos como sus consecuencias estén descritos y redactados en un lenguaje comprensible para sus destinatarios. Solo así podrán identificarse e interpretarse con precisión los mandatos que con la nueva norma pretenden incorporarse al Ordenamiento.

En la PL están presentes expresiones como: “*Interseccional*” (art. 5.1 PL); “*intersecciones*” (art. 5.2.b PL); “*modelos sociales históricos de género*”, “*modelo tradicional*”, modelo “*transicional*”, modelo “*contemporáneo*” y “*modelo social igualitario*” (art. 5.2.c PL), “*relaciones asistenciales de sujeto a sujeto*” (art. 5.2.g), “*movimientos de primera persona*” (art. 7.1), “*doble discriminación*” (art. 10.1) o “*principios de prevención cuaternaria*” (art. 13.3).

Pues bien, si esos términos poseen un significado técnico preciso en alguna disciplina científica concreta (medicina, psicología, sociología...) y si ese es el sentido en el que la



norma pretende utilizarlos, tal significado debería explicitarse en el artículo en el que se contienen las definiciones, el actual art. 4 PL.

D) Observación relativa al artículo 5 (“*Perspectiva de género transversal e interseccional*”).

Abundando en lo que ya hemos señalado en la observación anterior, varios apartados del art. 5 PL (en particular, los apartados 1, 2.b, 2.c, y 2.g) no resultarán fácilmente inteligibles sin una definición precisa de los conceptos y expresiones que en ellos se usan y que hemos identificado al examinar el art. 4 PL.

E) Observación relativa al artículo 6 (“*Derechos de los y las pacientes*”).

El art. 6.2 PL parece incurrir en un error de redacción, pues comienza señalando, en condicional, que las personas con problemas con salud mental “*deberían... estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación...*”. A todas luces, el verbo habrá de redactarse en forma verbal imperativa: “*deberán*”.

Entre los “*derechos*” que se reconocen a las personas con problemas de salud mental está el de “*no ser privadas de la libertad sin cumplir los protocolos elaborados al efecto*” (art. 6.2.h PL). Pues bien, el precepto resulta sin duda impreciso e incompleto, porque la privación del derecho fundamental a la libertad personal (art. 17 CE) no puede quedar condicionada al mero cumplimiento de unos indeterminados “*protocolos elaborados al efecto*”. Bien al contrario, cuando revista carácter involuntario o forzoso –y tal es la situación a la que el precepto parece referirse– debe estar revestida, conforme al art. 81.1. CE, de las garantías previstas por el legislador orgánico. Al respecto, nos remitimos al comentario relativo al art. 17 de la PL.

F) Observación relativa al artículo 7 (“*Políticas públicas de promoción*”).

1.- El art. 7.6 PL dispone que las políticas públicas de promoción de la Salud Mental en La Rioja se llevarán a cabo, entre otras medidas, asegurando

*“La participación de las personas afectadas y sus familias en los órganos de **decisión** del Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja”.*

2.- De acuerdo con el Ordenamiento Jurídico en vigor, la aprobación del Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja corresponde a la Consejería competente en materia de salud. Eso es así por virtud de los arts. 70.1 y 70.2.g) LSR, que encomiendan a esta Consejería “*las funciones de planificación... en las áreas de salud pública (...) y asistencia sanitaria, incluido el SERIS*” (art. 70.1 LSR), y “*la determinación de los criterios de la planificación sanitaria*”.



Desde luego, así ha sucedido con el vigente IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja para el periodo 2021-2025 (PESM), accesible en la página web de oficial del gobierno de La Rioja (https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Plan_Salud_Mental_2021-2025.pdf) y al que alude ya la parte expositiva del reciente Decreto 5/2023, de 22 de febrero, por el que se crea el "Departamento de Salud Mental" y se aprueba su relación de puestos de trabajo.

Naturalmente, esa competencia para la aprobación el PESM, debe entenderse sin perjuicio de que la aprobación del instrumento superior de planificación de la política sanitaria de la CAR -el Plan de Salud de La Rioja- corresponde al Consejo de Gobierno, previa elaboración y propuesta por la Consejería de salud (arts. 38, 69.2.b) y 70.2.c LSR).

3.- Como es sabido, la participación ciudadana en la elaboración de los instrumentos de planificación de la política sanitaria riojana se regula, en la actualidad, por los arts. 56 y ss LSR y, en su desarrollo, por el Decreto 29/2006, de 5 de mayo, relativo a los órganos de participación ciudadana en el Sistema Público de Salud de La Rioja. Órganos entre los que se cuenta, primordialmente, el Consejo Riojano de Salud (CRS), al que se refieren los arts. 56 a 59 LRS y 4 y ss del Decreto 29/2006.

Tales órganos, según el art. 56.2 LSR tendrán *“funciones consultivas y de asesoramiento en la formulación de planes y objetivos generales del sistema”*.

4.- Con lo expuesto hasta aquí, se quiere explicar que, de acuerdo a las disposiciones normativas –legales y reglamentarias- que ahora están en vigor, la aprobación de los instrumentos de planificación en materia sanitaria (como es el PESM) corresponde o al Gobierno o a la Consejería de Salud, no a los órganos de participación ciudadana. Cosa distinta es que, a través de estos últimos, se garantice la intervención de los ciudadanos y sectores afectados en los procedimientos encaminados a la elaboración de esos instrumentos.

Por otro lado, el proyecto legislativo ahora examinado no contiene ninguna disposición que vaya a modificar o suprimir –al menos, no de manera expresa- los preceptos que actualmente lucen en la vigente LSR relativos a la elaboración y aprobación de los instrumentos de planificación sanitaria de la CAR.

5.- En definitiva, si, como parece, lo que pretende expresarse en el art. 7.6 PL es que el Gobierno de La Rioja debe garantizar la intervención de los afectados en los órganos que participan en el procedimiento de elaboración y redacción del PESM, debería aclararse así, pues la expresión *“órganos de decisión”* tiene un alcance distinto y sólo puede interpretarse en el sentido de que la aprobación de ese PESM (esto es, la *decisión* o definición de su contenido) corresponderá en lo sucesivo a unos *“órganos”* (que, además, no se especifica



cuáles sean), en los que tendrán “*participación*” “*las personas afectadas*” por problemas de salud mental “*y sus familias*”.

G) Observación relativa al artículo 8 (“*Derechos de las familias*”).

1.- De manera un tanto imprecisa, el art. 8.1 PL dispone que “*las personas con problemas de salud mental y sus familias... tendrán el derecho de elegir y definir el papel que desean y son capaces de representar.*” Tal vez el precepto debería concretar el ámbito material en el que puede ejercerse ese derecho, que es, según cabe razonablemente suponer, el relacionado con los problemas de la salud mental.

2.- En particular, y por lo que se refiere a los miembros de la familia de la persona afectada por un problema de esa índole, el reconocimiento de su “*derecho a elegir y definir el papel que desean y son capaces de representar*” no puede ser ni ilimitado ni absoluto, sino que debería de entenderse, desde luego, sin perjuicio de aquellos supuestos en los que sobre esas personas recaiga algún deber legal motivado por los problemas de salud mental de su familiar. Piénsese, por ejemplo, en los deberes que pudieran derivarse de las medidas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica reguladas por el Título XI del Libro I del Código Civil (arts. 249 y ss Cc), en los términos en que ha quedado redactado por la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

En suma, el precepto debería incluir alguna reserva en tal sentido.

H) Observación relativa al artículo 11 (“*Derechos de las personas en riesgo de exclusión social y con discapacidad*”).

1.- El art. 11 PL establece ciertas previsiones en relación con aquellas personas que, estando afectadas por un problema de salud mental “*además, pertenezcan a un sector de la población en riesgo de pobreza o exclusión social, o bien tengan reconocida alguna discapacidad.*” Sobre estas personas, el art. 11 PL dispone que:

“... tendrán derecho a: 1. Ser oídas respecto a cualquier decisión que les incumba, respetando su voluntad por cualquier vía por la que la hayan manifestado. A tal efecto, se implementarán cuantos instrumentos de apoyo sean necesarios para garantizar la autonomía de la persona, ayudando en su toma de decisiones a través de la expresión de su voluntad, así como a la comprensión fidedigna de las consecuencias y alternativas de la decisión a adoptar”.

2.- Como fácilmente puede observarse, la redacción del precepto resulta extremadamente genérica e indeterminada (“*cualquier decisión que les incumba*”, “*la decisión a adoptar*”), por lo que debería concretar a qué clase de decisiones se refiere: si solo a las adoptadas por la propia persona con problemas de salud mental, o también a las que puedan tomar los poderes públicos de la CAR o incluso otros particulares.



En este mismo sentido, también merece una matización el inciso “*respetando su voluntad por cualquier vía por la que la hayan manifestado*”. Por innecesario que resulte constatarlo, una cosa es que estas personas deban “*ser oídas*” en relación con cualquier decisión que les afecte, y otra bien diferente que su voluntad deba ser necesariamente respetada, que es lo que el art. 11.1 PL vendría a reconocer como un “*derecho*”.

Desde luego, el respeto a la voluntad de una persona con problemas de salud mental, como a la voluntad de cualquier otra persona, deberá garantizarse -(siempre dentro del “*respeto a la Ley y a los derechos de los demás*”, art. 10.1 CE)- en relación con aquellas decisiones que, por su propia naturaleza, sólo a ella incumban; pero no cuando se trate de “*decisiones*” que deban o puedan adoptar otros sujetos particulares en el ejercicio de sus propios derechos o facultades, o los poderes públicos en uso de sus potestades o competencias. Por ejemplo, en el caso de las decisiones administrativas, piénsese en la expropiación de un bien, en la práctica de una liquidación tributaria o en la denegación de una licencia de obras.

3.- Además, el art. 11.1 PL establece el mandato de implementar (sic) “*cuantos instrumentos de apoyo sean necesarios para garantizar la autonomía de la persona*”, y para ayudar a estos ciudadanos “*en su toma de decisiones a través de la expresión de su voluntad*” y en la “*comprensión fidedigna de las consecuencias y alternativas de la decisión a adoptar*”.

A este respecto, y en términos muy parecidos a los que se han expuesto al analizar el art. 8 PL, debe recordarse que las medidas de apoyo a la capacidad jurídica de aquellas personas que presenten algún tipo de discapacidad, ya encuentran una regulación específica en el Código Civil, cuyos arts. 249 y ss han sido modificados por el art. 2.21 de la precitada Ley 8/2021.

Sin necesidad de mayores abundamientos -y como explicita la DF 2ª de la Ley 8/2021- el legislador estatal ha operado dicha modificación legislativa al amparo de su competencia exclusiva en materia de Derecho Civil (art. 149.1.8 CE), lo que resulta lógico si se atiende al hecho de que las cuestiones atinentes a la capacidad jurídica de las personas físicas, a su capacidad de obrar, y a las diferentes instituciones y funciones tutelares, forman parte nuclear del Derecho de las Personas y del Derecho de Familia, y por tanto, del Derecho Civil, materia sobre la que la CAR carece de competencia estatutaria.

Precisamente, esas medidas de apoyo a las personas con discapacidad se ordenan al “*adecuado ejercicio de su capacidad jurídica*”, y a “*permitir el desarrollo pleno de su personalidad*” y “*su desenvolvimiento jurídico en condiciones de igualdad*” (art. 249-1º Cc). Expuesto en los términos del párrafo 2º del propio art. 249 Cc, con ese apoyo se pretende que la persona que lo requiere experimente los menores obstáculos posibles al



ejercicio de su capacidad; lo que requiere, primero, que forme su voluntad de manera libre e informada, y, segundo, que exteriorice o exprese esa voluntad:

“Las personas que presten apoyo deberán actuar atendiendo a la voluntad, deseos y preferencias de quien lo requiera. Igualmente procurarán que la persona con discapacidad pueda desarrollar su propio proceso de toma de decisiones, informándola, ayudándola en su comprensión y razonamiento y facilitando que pueda expresar sus preferencias. Asimismo, fomentarán que la persona con discapacidad pueda ejercer su capacidad jurídica con menos apoyo en el futuro”.

Como puede verse, los fines de esas medidas de apoyo a la capacidad que acaban de describirse son exactamente los mismos que identifica el art. 11.1 PL, por lo que los *“instrumentos de apoyo”* a que alude el precepto analizado no pueden ser otros que las medidas de apoyo a la capacidad que ya regula el Cc.

A partir de lo expuesto hasta aquí, debe recordarse que la CAR, ha asumido la competencia relativa a la *“promoción e integración de los discapacitados”* (art. 8.1.31 EAR'99), por lo que es, en la terminología del Cc, la *“entidad pública”* que tiene encomendada, en el territorio de La Rioja, *“las funciones de promoción de la autonomía y asistencia a las personas con discapacidad.”* (art. 267.3º Cc).

Por tanto, volviendo al tenor del art. 11.1 PL, si lo que pretende expresarse con el inciso *“se implementarán cuantos instrumentos de apoyo sean necesarios para garantizar la autonomía de la persona... y alternativas de la decisión a adoptar”* es simplemente que la CAR, en el ámbito de sus competencias, ejercerá las funciones de promoción de la autonomía y asistencia a las personas con discapacidad contempladas por legislación civil para el apoyo a su capacidad jurídica, el precepto debería aclararlo así.

I) Observación relativa al artículo 14 (*“Ratios mínimas de profesionales de la salud mental”*).

1.- El art. 14.1 PL dispone que:

“1. La consejería competente en materia de salud establecerá ratios mínimas, en función del número de habitantes, de profesionales de la salud mental, entre los que necesariamente se encontrarán psiquiatras, psicólogas y psicólogos, enfermeras y enfermeros especialistas de salud mental y profesionales sanitarios, del trabajo social y relacionados con la atención a la salud mental. En todo caso, la consejería competente en materia de salud mental deberá garantizar un mínimo de 18 psiquiatras, 18 psicólogas o psicólogos clínicos, 1 terapeuta ocupacional y 1 trabajadora o trabajador social sanitario por centro y equipo de atención a la salud mental y 23 enfermeros o enfermeras especialistas de salud mental por cada 100.000 habitantes”.

Las previsiones sobre ratios mínimas contenidas en este apartado se complementan con las de la DT Única de la propia PL, que establece que, una vez aprobada la Ley, tales ratios habrán de alcanzarse en un plazo de *“cinco años desde su entrada en vigor”*.



2.- No es intención de este Consejo analizar el acierto de las ratios fijadas por el art. 14 PL o la viabilidad presupuestaria de su implantación efectiva, cuestiones de estricta oportunidad sobre las que, además, carece de elementos de juicio para pronunciarse y cuya ponderación corresponde, naturalmente, al legislador autonómico.

Sin embargo, sí queremos poner de manifiesto las dudas interpretativas que suscita la redacción del segundo inciso del art. 14.1 PL (desde “*En todo caso...*” hasta el final).

3.- El texto es claro al establecer una *ratio* de “23 enfermeros o enfermeras especialistas ... por cada 100.000 habitantes”. Sin embargo, no lo es tanto en el resto de sus previsiones, relativas, por un lado, a los psiquiatras y psicólogos y, por otro, a los terapeutas ocupacionales y a los trabajadores sociales.

En materia de atención primaria, el vigente art. 49 LSR define a los “centros de salud y los consultorios locales y auxiliares” como “las estructuras físicas de las Zonas Básicas de Salud” (ZBS), en las que presta sus servicios el “conjunto de profesionales que integran los Equipos de Atención Primaria”.

Pues bien, no queda claro si al referir las ratios mínimas a “cada centro”, el art. 14.1 PL pretende aludir a los “centros de salud y los consultorios locales y auxiliares de salud” o, estrictamente, a los “centros de salud”. Por otra parte, también debería precisarse si al emplear la expresión “equipo de atención a la salud mental” el precepto está aludiendo a los profesionales que, formando parte en cada centro y/o consultorio de los “Equipos de atención primaria”, se encarga de la atención primaria en materia de salud mental.

En definitiva, una adecuada coordinación entre la nueva Ley y la LSR aconsejaría, por una parte, emplear la misma terminología en los dos textos legales; y, por otra, referir las *ratios mínimas* (con sus correspondientes exigencias cuantitativas) a estructuras físicas y a equipos asistenciales identificados con precisión.

4.- Por otra parte, llamamos la atención sobre el hecho de que, con la actual redacción del art. 14.1 PL, la ratio mínima de psiquiatras y psicólogos clínicos (18 más 18) se exigiría para “cada centro y equipo” y a este Consejo se le plantea la duda de que ese sea el verdadero propósito del redactor del texto.

Examinado el procedimiento legislativo, observamos que, en el texto originario de la Proposición de Ley (BOPLR de 18-2-2022), las *ratios mínimas de profesionales* se contemplaban en el art. 7 con el siguiente tenor: “la consejería competente en materia de salud mental deberá garantizar un mínimo de 18 psiquiatras, 18 psicólogas y psicólogos clínicos y 23 enfermeros y enfermeras especialistas de salud mental por cada 100.000



habitantes”. Por tanto, la proporción de 18 más 18 se establecía con claridad para “*cada 100.000 habitantes*”.

La redacción del art. 14 PL que ahora luce en el texto resultante del Dictamen de la Comisión -con la interpolación del inciso “*1 terapeuta ocupacional y 1 trabajadora y trabajador social sanitario por centro y equipo de atención a la salud mental*”- apareció posteriormente, en la fase de enmiendas, con la justificación: “*Incorporación a las ratios de los grupos profesionales terapeuta ocupacional y trabajador social sanitario*” (Enmienda nº 24 del Grupo Socialista, BOPLR de 7-11-2022, pág. 7566). De ahí, como se señala, pasó al art. 14 de la versión de la PL aprobada con el Dictamen de la Comisión de Sanidad (BOPLR de 7-2-2023, pág. 9471).

Pues bien, el lugar en el que se han insertado las palabras “*1 terapeuta ocupacional... por centro y equipo*” (entre “*un mínimo de 18 psiquiatras, 18 psicólogos o psicólogos clínicos*” y “*y 23 enfermeros por cada 100.000 habitantes*”) hace que, en esa frase, la mención a los psiquiatras y psicólogos quede referida -al igual que sucede con los terapeutas y los trabajadores sociales- a “*cada centro y equipo*”, en lugar de a “*cada 100.00 habitantes*” como sin duda era la intención original.

De esa manera, conforme a esa segunda redacción, el art. 14.1 PL estaría fijando, como objetivo final, una ratio de 36 profesionales sanitarios (entre psicólogos y psiquiatras) por “*cada centro y equipo*” y, por tanto, cuando menos, para cada ZBS.

De acuerdo con el art. 5 del Decreto 121/2017, de 5 de octubre, por el que se constituye el Área de Salud de la CAR, existen en La Rioja 19 ZBSs, número que, según la información que proporciona la página web del Servicio Riojano de Salud, se eleva hoy a 20. Esto supondría, para todo el territorio de la CAR, un total de 720 psiquiatras y psicólogos clínicos (36 x 20); lo que, sobre una población total de 319.892 habitantes (datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística a fecha 1-1-2022), haría una proporción de 225,08 psicólogos clínicos y psiquiatras por 100.000 habitantes.

La abultadísima diferencia entre la cifra original de la Proposición de (18+18 / 100.000 habitantes) y la que quedaría establecida según la actual redacción del art. 14 PL (225,07 / 100.000) nos induce a pensar que, al presentarse la enmienda parlamentaria antes referida, se incurrió en un error de sintaxis, que se ha arrastrado en las fases posteriores, y que debe corregirse antes de la aprobación de la Ley.

En suma, si, como parece, las cifras de 18 más 18 son totales para toda la CAR, y lo que se prevé para “*cada centro y equipo*” es solamente la *ratio mínima* de “*1 terapeuta ocupacional y 1 trabajador o trabajadora social*”, el texto habría de aclararlo así.



J) Observaciones relativas al artículo 15 (“*Garantías*”).

A las consideraciones que ya hemos realizado sobre este artículo en el F. Jco anterior se añaden las que ahora siguen.

1.- En sus apartados 1 y 2, el art. 15 PL indica que:

*“Se promoverá y **garantizará** en el nuevo modelo de atención de salud mental...: 1. El acceso a la vivienda con apoyos y a las viviendas-residencia.... 2. El acceso a la actividad laboral digna, con las medidas de adaptación y apoyos necesarios...”*.

Este Consejo considera oportuno advertir de que, al señalar taxativamente que “se *garantizará*” el “*acceso a la vivienda*” y el “*acceso a la actividad laboral*”, el art. 15.1 PL admite una interpretación según la cual no se estaría limitando a dirigir a los poderes públicos de la CAR un mandato genérico de actuación, sino que les estaría imponiendo un auténtico *deber de resultado*. Con ello, correlativamente, el art. 15.1 PL estaría reconociendo a las personas con problemas de salud mental y adicciones un derecho subjetivo a acceder a una vivienda y a un empleo, susceptible de generar *per se*, sin necesidad de desarrollos normativos posteriores, y con independencia de que existan unas u otras disponibilidades presupuestarias, una pretensión ejercitable ya frente a los poderes públicos de la CAR y directamente justiciable, esto es, susceptible de ser afirmada ante los órganos jurisdiccionales en caso de incumplimiento.

En la hipótesis de que no fuera esa la intención que subyace a la redacción del precepto, esa redacción debería ser modificada.

2.- El art. 15.9 PL incluye entre las actuaciones propias del “*nuevo modelo de atención de salud mental*” “*la promoción de una transición asistencial adecuada entre la infancia y la adolescencia y la edad adulta al menos un año antes de que el paciente alcance el límite de edad*”. Resulta necesario que el apartado examinado especifique a qué límite o límites de edad alude y en qué años se fijan dichos límites.

K) Observaciones relativas al artículo 17 (“*Promoción de ingresos voluntarios*”).

1.- Sobre el art. 17.1 PL. Conforme al art. 17.1 PL, “*se procurarán los ingresos voluntarios y programados, guiados por el acuerdo realizado en consonancia con el plan individual de tratamiento acordado entre paciente y facultativo referente comunitario*”. El precepto resulta de difícil comprensión pues emplea conceptos como “*acuerdo*”, “*plan individual de tratamiento*” o “*facultativo referente comunitario*”, a los que no se hace ninguna otra referencia en el resto de la PL y que esta tampoco define con anterioridad al art. 17.



2.- Sobre los apartados 4 y 5 del art. 17 PL. Los arts. 17.4 y 17.5 PL, relativos a los ingresos involuntarios o forzosos de las personas con problemas de salud mental, merecen un juicio desfavorable pues, a criterio de este Consejo –lo anticipamos ya– regulan cuestiones que son objeto de reserva de Ley Orgánica conforme al art. 81.1 CE.

2.A.- Los apartados 4º y 5º del art. 17 PL disponen que:

“4. Respecto a los mecanismos de actuación en los ingresos involuntarios, aquellos internamientos que no cuenten con la aprobación del o de la paciente serán excepcionales, individualizados y limitados a las siguientes características concurrentes:

a) Que se trate de una situación en la que el personal facultativo considere imprescindible el ingreso.

b) Que la psicopatología aguda que presente el o la paciente interfiera marcadamente en la toma de decisiones.

c) Que su omisión suponga un grave riesgo para la salud del o de la paciente y de terceras personas.

5. La autorización judicial será previa al internamiento en todos los casos, excepto en aquellas situaciones de urgencias que no puedan demorarse, notificando en las primeras veinticuatro horas a la autoridad judicial competente, de acuerdo con la normativa vigente”.

2.B.- Como puede verse, en el caso de ser aprobados con ese tenor, los apartados transcritos vendrán a regular las condiciones en las que la Administración sanitaria podrá internar forzosamente a las personas con problemas de salud mental y en las que los órganos judiciales habrán de autorizar dicha medida.

Esa regulación aborda los internamientos involuntarios en una doble dimensión:

-Material o sustantiva, porque el art. 17.4 PL delimita los presupuestos habilitantes de la adopción de esa medida privativa de libertad; presupuestos que, además, se configuran como tasados (*“limitados a las siguientes características”*) y cumulativos (*“concurrentes”*).

-Formal o de procedimiento, pues el art. 17.5 PL normaría el régimen de garantías a que quedarían sujetas esas medidas: la autorización judicial previa, que podrá exceptuarse en *“situaciones de urgencia”*, en cuyo caso el internamiento habrá de notificarse *“en las primeras veinticuatro horas a la autoridad judicial competente”*.

Si el Parlamento de La Rioja aprobara en esos términos el art. 17 PL, no sólo estaría pretendiendo fijar criterios dirigidos a la Administración sanitaria autonómica, sino que también estaría poniendo de manifiesto una voluntad legislativa encaminada a vincular a



las autoridades judiciales y a que éstas examinen la procedencia de autorizar o ratificar una medida de internamiento a la luz de los mandatos normativos del art. 17 PL.

2.C.- Nos parece evidente que, con tal contenido, los apartados analizados –que, no se olvide, disciplinan la adopción de medidas privativas de la libertad personal– se adentran de lleno en el “*desarrollo*” de uno de los derechos fundamentales recogidos en la Sección 1ª del Capítulo II del Título I de la CE, materia que es objeto de reserva de ley orgánica de acuerdo con el art. 81.1 CE.

En efecto, el art. 17.1 CE dispone que “*toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad*” y que “[n]adie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevenidos en la ley.”

2.D.- En su Sentencia 132/2010, el Tribunal Constitucional ha dejado sentado que el desarrollo de las condiciones y garantías mediante las que una persona puede ser objeto de internamiento forzoso por razón de salud mental es materia reservada a la ley orgánica.

Esa STC 132/2010 examinó la constitucionalidad del art. 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, precepto referido a las medidas de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, y declaró la inconstitucionalidad de varios de sus incisos al haber sido dictados por el legislador ordinario y no, como procedía, por el legislador orgánico.

En palabras de esa STC 132/2010:

“2. [...] Es, en efecto, doctrina de este Tribunal que dentro de los casos y formas mencionados en el artículo 17.1 «ha de considerarse incluida... la ‘detención regular... de un enajenado’, a la que se refiere el artículo 5.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos» (STC 104/1990, fundamento jurídico 2). En tanto que constitutiva de una privación de libertad, es obvio que la decisión de internamiento sólo puede ser acordada judicialmente y que, en lo que aquí importa, el precepto que la hace posible sólo puede ser una ley orgánica, pues, dada su condición de norma que fija uno de los casos en que una persona puede ser privada de libertad, concurre al desarrollo del derecho fundamental garantizado en el artículo 17.1 (STC 140/1986).» (FJ 2).

3. La aplicación de la citada doctrina al presente caso nos lleva a declarar la **inconstitucionalidad de aquellos incisos de los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, que posibilitan la decisión de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, pues, en tanto que constitutiva de una privación de libertad, esta medida sólo puede regularse mediante ley orgánica.**

Tal es el caso del primer inciso del párrafo primero del señalado artículo 763.1 LEC, según el cual «el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial», así como del primer inciso del párrafo segundo del mismo artículo que establece «la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida».



*Ciertamente en ambos casos **nos hallamos ante unos preceptos incluidos en una ley ordinaria y dotados efectivamente de este carácter que, no obstante, regula una materia que, de acuerdo con la doctrina establecida en la STC 129/1999, FJ 2, es materia reservada a ley orgánica (artículos 17.1 y 81.1 CE), de tal modo que vulneran el artículo 81.2 CE.***

A esta declaración de inconstitucionalidad no debe anudarse en este caso la declaración de nulidad pues esta última crearía un vacío en el Ordenamiento jurídico no deseable, máxime no habiéndose cuestionado su contenido material. Por otra parte, como recordamos en la antes aludida Sentencia del día de hoy en la cuestión de inconstitucionalidad núm. 4511-1999, (FJ 4), la posibilidad de no vincular inconstitucionalidad y nulidad ha sido reconocida por nuestra jurisprudencia.

Estamos, por consiguiente, en presencia de una vulneración de la Constitución que sólo el legislador puede remediar; razón por la que resulta obligado instar al mismo para que, a la mayor brevedad posible, proceda a regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica.

*4. Del mismo modo, la aplicación de la doctrina establecida en la STC 129/1999, reiterada nuevamente en la Sentencia de esta misma fecha dictada en la cuestión de inconstitucionalidad núm. 4511-1999, nos lleva a descartar la duda de constitucionalidad que plantea el Juzgado promotor de la presente cuestión en relación con el resto de los incisos de los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, los cuales establecen las **reglas procedimentales para la conformación de la decisión judicial de internamiento** por razón de trastorno psíquico, de modo que no contienen una regulación que deba considerarse incluida en el ámbito reservado a la ley orgánica”.*

2.E.- Pues bien, si se confronta esa doctrina constitucional con los apartados 4 y 5 del art. 17 PL, resulta claro que los dos extremos que éstos pretenden regular (los supuestos habilitantes del internamiento y la garantía de la intervención judicial) son los mismos que constituían el objeto de aquellos incisos del art. 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LECiv), que la STC 132/2010 declaró inconstitucionales; lo que nos conduce a concluir que el contenido de los apartados 17.4 y 17.5 PL se encuentra incluido dentro del ámbito considerado por el TC como materia reservada a la ley orgánica.

De hecho, el legislador dio respuesta a la situación creada por la STC 132/2010 mediante la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, cuyo art. 2.3 modificó la DA 1ª de la LECiv y confirió carácter orgánico al art. 763 LECiv.

2.F.- Según se ha expuesto, la STC 132/2010 no consideró contrarios a la Constitución aquellos otros incisos del art. 763.1 LECiv que establecían “*reglas procedimentales para la conformación de la decisión judicial de internamiento*”, pues en tal caso no resulta operativa la reserva de ley orgánica.

Desde luego, este Consejo no cree que los arts. 17.4 y 17.5 PL regulen ningún procedimiento judicial, pero, aun si fuera así, también esa materia escaparía al ámbito de



competencia autonómica pues la *legislación procesal* es materia reservada al Estado conforme al art. 149.1.6 CE.

2.G.- En suma, los arts. 17.4 y 17.5 PL deberían suprimirse y, todo lo más, ser sustituidos por un precepto que, con la redacción que se considere suficiente, se limite a remitirse, en materia de internamientos involuntarios o forzosos, a la ley orgánica que resulte de aplicación, que en la actualidad es, como se ha señalado, el art. 763 LECiv.

3.- Sobre el art. 17.6 PL. El art. 17.6 PL no especifica quién revisará “*los protocolos y mecanismos... sobre medidas privativas de libertad en los centros sanitarios*”, ni con qué finalidad. Las omisiones señaladas deberían subsanarse. Igualmente, si fuera intención del legislador que esa revisión se acometa en un plazo temporal determinado, la fijación de ese plazo debería hacerse constar por la nueva Ley en la correspondiente disposición transitoria.

L) Observaciones relativas al artículo 18 y a la Disposición Adicional Única (“Órgano Coordinador de Políticas en Materia de Salud Mental y Adicciones”).

El art. 18 y la DA Única de la PL regulan el denominado “*Órgano Coordinador de Políticas en Materia de Salud Mental y Adicciones*”, al que nos referiremos en adelante como OC, y que, de acuerdo con la DA Única “*se creará... en el plazo de nueve meses desde la entrada en vigor de la presente Ley*”.

1.- Entre ambos preceptos cabe observar una cierta contradicción en cuanto a la naturaleza y cometidos de dicho OC.

El art. 18.2 PL indica que el OC “*coordinará la ejecución de las políticas en materia de salud mental y adicciones*”, lo que inequívocamente supone la atribución a este órgano de funciones genuinamente ejecutivas, propias de un órgano encuadrado dentro de la estructura de la Administración General de la CAR: coordinar la ejecución de políticas públicas en una determinada materia, sanitaria en este caso.

Esta interpretación queda confirmada, por una parte, por el art. 18.4 PL (“*las consejerías del Gobierno de La Rioja deben aplicar la presente ley con la colaboración y la coordinación de este órgano*”). Y también por el inciso final de la DA Única PL, que sitúa al OC en una situación de dependencia jerárquica (“*dependerá*”) respecto de “*la consejería competente en la materia*”; materia que no se especifica, pero que a todas luces es la de salud. En definitiva, el OC habrá de ser, a la luz de estas previsiones legislativas, un órgano integrado dentro de la estructura orgánica de la Consejería de Salud.

2.- Por el contrario, en razón a la composición mixta que para dicho OC contempla DA Única PL, el OC parecería responder más al tipo de órganos representativos de intereses sociales, con funciones de participación y consulta, a los que se refiere el art. 15.2 LSP’15.



Véase que, según la DA Única “[e]ste órgano estará integrado por el Gobierno de La Rioja, representantes de las asociaciones sin ánimo de lucro y colegios profesionales del ámbito de la salud mental de La Rioja, y representantes de la Administración con competencias en el articulado de esta ley.” Sería, así, un órgano de naturaleza análoga al Consejo Riojano de Salud (arts. 56 y 57 LSR) o al Consejo Riojano de Servicios Sociales (arts. 49.2.b) y 50 Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja).

Con carácter general, los órganos colegiados mixtos a los que se refiere el art. 15.2 LSP’15 no participarán “en la estructura jerárquica” de la Administración correspondiente. Ahora bien, esta regla puede ser exceptuada cuando “así lo establezcan sus normas de creación, se desprenda de sus funciones o de la propia naturaleza del órgano colegiado”.

3.- Por todo ello, resulta necesario que la nueva Ley aclare con exactitud cuál vaya a ser la naturaleza y atribuciones de dicho OC. En particular, si se pretende confiar a este OC el ejercicio de alguna de las competencias que actualmente tienen encomendadas los órganos de la Administración Sanitaria con arreglo a la LSR, la futura Ley debería contemplar las correspondientes modificaciones en aquellos artículos de la LSR que enumeran esas funciones: Así, el art. 70 LSR respecto a la Consejería de Salud; o los arts. 87 y ss en relación con los órganos que conforman la vigente estructura organizativa del SERIS (Presidente, Consejo de Administración, Gerente, Gerentes de Área).

Del mismo modo, una vez incorporadas al ordenamiento jurídico legal, esas modificaciones deberían conllevar también los oportunos cambios en los decretos que establecen la estructura orgánica de la o de las Consejerías afectadas (art. 23.v) LGI’03).

M) Observaciones relativas al artículo 19 (“Modelo de atención a la salud mental y adicciones”).

1.- El art. 19 PL se resiente de un carácter un tanto contradictorio pues, tras proclamar que “se crea en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja un nuevo modelo comunitario de atención” no concreta en qué consecuencias organizativas, prestacionales o de otra índole se traduzca la implantación de ese llamado “nuevo modelo”, sino que describe genéricamente una serie de “finalidades”.

Por ejemplo, el art. 19.b) PL alude a la necesidad de “llevar a cabo mecanismos de coordinación” entre Administraciones e instituciones, pero no regula ni establece ninguno.

2.- Por su parte, el art. 19.c) PL, sin mayores precisiones, contempla como otra de aquellas “finalidades” la de “definir la cartera de servicios de asistencia integral e integrada a la salud mental...”.



Pues bien, si la voluntad del legislador fuera establecer algún nuevo servicio o prestación que hubiera de integrarse en el Catálogo del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales, la PL debería modificar el vigente Catálogo (arts. 23 y 24 y Anexo de la Ley 7/2009, de 22 de diciembre de Servicios Sociales de La Rioja, LSSR).

Y si la idea que pretende expresar el texto es que la CAR aprobará una cartera de servicios de naturaleza sanitaria, cabe aclarar cuáles son los límites de las competencias autonómicas sobre esta cuestión.

La Cartera común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), en sus modalidades básica, suplementaria y de servicios accesorios, debe ser aprobada por Real Decreto del Gobierno de la Nación. Así lo establece el art. 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, modificado por la Ley 16/2012, de 20 de abril, y dictada por el Estado al amparo de su competencia ex art. 149.1.16 CE. En la actualidad, la Cartera de servicios comunes del SNS es la que resulta del vigente RD 1030/2016, de 15 de septiembre.

Lo que el art. 8. *Quinquies* de la Ley 16/2003 reserva a las Comunidades Autónomas es la posibilidad de “aprobar”, “en el ámbito de sus respectivas competencias” una “cartera de servicios complementaria”, en la que “incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del SNS” y en la que, además, “podrán incorporar ...una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del SNS, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios”.

La CAR, que tiene competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad (art. 9.5 EAR´99), sí podría aprobar una cartera *complementaria* de servicios sanitarios, siempre que lo hiciera en los términos delimitados por el art. 8. *Quinquies* de la LCCSNS. Como decimos, si ese es el propósito que subyace en el art. 19.c) PL, resultaría aconsejable aclararlo así.

N) Observaciones relativas al artículo 24 (“Ámbito educativo y universitario”).

La redacción del art. 24.5 PL presenta un problema de concordancia ya que tras su primera frase (“El Gobierno de La Rioja... debe promover...”), al verbo de su segunda oración (“Con esta finalidad, deben elaborar un protocolo de no discriminación”) le corresponde un número singular y no plural (“debe elaborar...”) si quien ha de confeccionar ese protocolo es el propio Gobierno de La Rioja.



Ñ) Observaciones relativas a la Disposición Final Primera (“Desarrollo reglamentario”).

De acuerdo con la DF Primera PL, *“el Gobierno de La Rioja desarrollará reglamentariamente en el plazo máximo de seis meses la normativa necesaria para la efectividad de esta Ley”*.

Este Consejo se ha pronunciado ya en relación con los efectos que cabe atribuir a las habilitaciones legales de desarrollo reglamentario que, bajo unas u otras fórmulas, fijan al Gobierno plazos para su ejercicio. Así, en los D.91/10, D.8/17, D.4/22 y 5/22 hemos razonado que *“el plazo establecido en una ley para dictar el reglamento que deba desarrollarla no limita el ejercicio de la potestad reglamentaria del Gobierno (que debe su origen último al reconocimiento al Gobierno autonómico de la potestad reglamentaria por el art. 24.1 a) EAR ´99), ni puede interpretarse como un término final a la habilitación para el dictado de la norma reglamentaria, por lo que su incumplimiento carece de consecuencias jurídicas, aunque pueda tenerlas políticas o de otra índole”*.

CONCLUSIONES

Primera

La Comunidad Autónoma de La Rioja tiene competencias para regular mediante Ley las materias objeto de la Proposición de Ley sometida a nuestro dictamen, sin perjuicio de las limitaciones señaladas en el Fundamento Jurídico Segundo de este dictamen.

Segunda

La Proposición de Ley analizada resulta, en general, conforme con el Ordenamiento Jurídico, sin perjuicio tanto de las observaciones generales al texto efectuadas en el F. Jco. Cuarto, como de las que en el F. Jco. Quinto se contienen sobre preceptos concretos. Sin embargo, el art. 6.2.h), el artículo 11.1 y los apartados 4 y 5 del art. 17 de la PL se informan desfavorablemente.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

José Ignacio Pérez Sáenz