

ÁREA J

**ÁREA J****SANIDAD Y CONSUMO**

Expedientes Área	165
Expedientes admitidos.....	74
Expedientes rechazados	21
Expedientes remitidos a otros organismos	3
Expedientes en otras situaciones	67

1. SANIDAD

La protección de la salud es uno de los derechos constitucionales que más preocupa a los ciudadanos castellanos y leoneses y cuya garantía ha obtenido carta de naturaleza estatutaria a tenor de lo dispuesto en el art. 13.

En el presente año se han presentado en materia de Sanidad y Consumo ciento sesenta y cinco quejas de las cuales ciento veintinueve lo son de Sanidad. Una de las mayores preocupaciones del usuario castellano y leonés del servicio sanitario es la idea de que se encuentra discriminado respecto de otros ciudadanos españoles que viven en distintas partes del territorio nacional. Somos conscientes del esfuerzo de la Administración sanitaria en orden a la racionalización y adecuada utilización de los recursos pero también hemos de manifestar que en algunos casos el acceso del paciente a técnicas punteras o cuando menos fuera de los cauces normales de actuación es notoriamente más difícil en Castilla y León por su propia configuración que en otras Comunidades más pequeñas y con una población menos dispersa. A mayor abundamiento debemos señalar que esta es la conciencia que tienen los habitantes de los núcleos rurales en relación con su acceso a las prestaciones sanitarias.

Por otra parte no puede obviarse que al igual que en el resto de España, en nuestra Comunidad se ha hecho notar el déficit de especialistas y esta circunstancia ha azotado de forma más importante a algunas provincias en detrimento de otras. Así por ejemplo se ha revelado como una tarea difícil (ya hecho constar en el Informe del año 2007 al cual nos remitimos expresamente) encontrar neurocirujanos para el Hospital Clínico de Valladolid y, más aún oncólogos para la provincia de Ávila. Este último problema saltó a los medios de



comunicación y ha sido objeto de artículos de prensa de forma periódica puesto que los pacientes abulenses veían como el Servicio de Oncología del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles se dotaba en cierto momento de profesionales quedando las plazas vacantes en las fechas siguientes y teniendo que acudir personal de Valladolid o Salamanca. Esto hizo que nuestra institución comenzara una actuación de oficio a la que fueron acumuladas algunas quejas sobre la materia cuyo contenido se detallará más adelante siendo procedente en el presente momento indicar que, a juicio de esta Procuraduría, la labor de búsqueda de profesionales (el principal y más importante activo de nuestro sistema sanitario) y la formación de los mismos ha de constituir una prioridad para la Administración sanitaria adelantándose a los acontecimientos y realizando una demanda activa y eficaz que incentive además la investigación en nuestros centros hospitalarios, lo que haría a buen seguro mucho más atractivo para nuestros jóvenes profesionales el desempeño de su labor en su propia tierra.

Por lo que respecta a la colaboración por parte de la Administración sanitaria hemos de significar que si bien en algunos casos, los menos, la información se ha dilatado lo cierto es que la Consejería de Sanidad cumple adecuadamente en cuanto al tiempo con su deber respecto de esta institución. En cuanto al contenido de la información, en muchos casos es poco exhaustiva por lo que debe solicitarse ampliación de la misma para poder llegar a un conocimiento adecuado del asunto si bien, en términos generales, puede tildarse de correcta.

Por otro lado, existen pocos supuestos en los que la información ha de ser remitida por parte de Ayuntamientos o Juntas Vecinales, básicamente en el caso de consultorios locales. En estos supuestos la información se dilata bastante más o no llega. Tal ha sido el caso del Ayuntamiento de San Juan del Molinillo en la provincia de Ávila a quien se lleva requiriendo información desde noviembre de 2007 sin haber obtenido hasta la fecha respuesta alguna pese a los múltiples requerimientos.

1.1. Protección de la salud

1.1.1. Aspectos generales

Múltiples han sido las quejas este año sobre deficiencias en materia de protección de la salud y más concretamente sobre la falta de especialistas o determinados servicios. En este sentido no puede obviarse la difícil situación que están sufriendo todos los servicios sanitarios (no sólo los castellanos y leoneses) por la carencia de profesionales de la salud en gran cantidad de especialidades, incluida la pediatría. En este sentido debemos afirmar que la situación se agrava en el caso de las zonas rurales puesto que el atractivo del puesto para el profesional es muy inferior razón por la cual existen multitud de puestos vacantes.



A tal efecto podemos citar las quejas **20081747** y **20081795** y **20080301** relativas a la supuesta falta de pediatras en la zona sur de Burgos, la queja **20081718** sobre la carencia de los mismos en la zona del Barco, Piedrahita y Gredos en la provincia de Ávila o los expedientes **20082328** y **20082356** sobre la misma problemática en la zona este de la provincia de Valladolid. En ellas se ponía de manifiesto la preocupación de muchos padres (que se comparte en gran cantidad de casos a lo largo y ancho de Castilla y León) acerca del hecho de que sus hijos menores sean tratados por los médicos de familia lo que hace que estas familias se sientan discriminadas respecto de quienes viven en zonas urbanas. La queja **20080301** tenía su base en las protestas de los padres de la zona rural próxima a Aranda de Duero señalando éstos que sus hijos menores deben desplazarse al Hospital Santos Reyes donde, señalaba el interesado, la asistencia pediátrica se dispensa únicamente dos o tres veces por semana (y no todas) lo que hace que los padres de los menores entiendan que éstos se encuentran desatendidos. Pedida información a la Consejería de Sanidad, la Administración sanitaria informó a esta institución sobre el seguimiento que realiza tanto de la evolución de la población como de la actividad desarrollada por los pediatras indicando que, a tenor de la misma, la atención pediátrica de la zona Aranda Rural está garantizada. Se puso asimismo en nuestro conocimiento que parte de la problemática deriva de la dispersión de la población así como de la insuficiencia de profesionales indicando que para situaciones como ésta se crearon los llamados Pediatras de Área en Atención Primaria prestando éstos su apoyo a los médicos de familia en los Equipos de Atención Primaria. Por otra parte fuimos informados de que tan sólo los niños que deben ser derivados al segundo nivel asistencial son enviados al Hospital Santos Reyes. También se indica que en caso de ausencia del facultativo que ocupa el puesto de Pediatra de Área, existen mecanismos para la búsqueda de profesionales a través de bolsas de empleo, llamamientos en prensa o contratación a través de colegios profesionales. Tras el estudio del asunto, esta Procuraduría dictó resolución en la que instaba a la Administración sanitaria la adopción de las medidas oportunas para que los castellanos y leoneses que viven en zonas rurales no se sientan discriminados en relación con la asistencia pediátrica prestada a sus hijos garantizando así el principio de igualdad previsto en el art. 14 de la Constitución, en el art. 3.2 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad así como en el art. 2.4 del RD 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. Esta resolución ha recaído en enero de 2009 pero nos parece de interés incorporarla al presente Informe. Al momento de cierre del mismo, no hemos obtenido respuesta a la misma.

Asimismo nos referiremos al tema de las presuntas deficiencias en el Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial de Soria. El escrito de queja que dio lugar al expediente **Q/2371/06** iba acompañado de una serie de artículos periodísticos en los que se describía la



situación que al parecer venía agravada por la decisión del único cardiólogo existente en el Servicio de pedir el traslado dado que el facultativo no estaba de acuerdo con que el citado servicio dependiera del de Medicina Interna. Solicitada información, ésta fue remitida por parte de la Consejería de Sanidad si bien fue necesaria una ampliación de información. Recibida ésta y a la vista de lo informado, nos vimos en la obligación de realizar una serie de precisiones respecto de la actuación administrativa. Y ello puesto que si bien es cierto que no entra dentro del ámbito de nuestras funciones valorar los criterios de autoorganización de la Administración sanitaria ni resolver los desacuerdos o disconformidades con los criterios de organización que pudieran producirse, la acción administrativa en el ámbito sanitario debe estar dirigida a contar con medidas preventivas y prestaciones y servicios necesarios para toda la población a cuyo efecto debe darse una adecuada organización y tutela de las infraestructuras sanitarias. Así, nuestra institución es y ha sido siempre especialmente sensible con las problemáticas surgidas en torno a las carencias o deficiencias en las estructuras sanitarias si bien también valora positivamente el esfuerzo de la Administración sanitaria en una Comunidad Autónoma como la nuestra, extensa en su territorio y heterogénea en sus necesidades. Por ello no pudimos dejar de apreciar que la ratio de cardiólogo por 100.000 habitantes en Soria (2,18) era sensiblemente inferior a la media europea y a la aconsejada por la OMS que se sitúa en 3,5. También indicamos que no entraba dentro de nuestras atribuciones apuntar si la Unidad de Cardiología debía o no encontrarse dentro del ámbito del Servicio de Medicina Interna pero precisamos que debía valorarse tal cuestión a fin de garantizar la eficacia en la protección de la salud que depende, en gran medida, de un adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios. Cierto es que esta Procuraduría es consciente de las dificultades para contratar facultativos especialistas en cardiología, dificultades que se ven agravadas en ciertas partes del territorio de nuestra Comunidad Autónoma cual es, desgraciadamente, el caso de Soria. Asimismo, valoramos positivamente los esfuerzos de la Gerencia Regional de Salud materializados en la contratación de personal al efecto pero entendimos que esto no debía ser óbice para establecer una serie de incentivos en el caso de plazas que, tal y como la experiencia demuestra, son de difícil cobertura. Por todo ello se formuló una resolución en los siguientes términos:

“Primera.- Que por parte de la Consejería de Sanidad se realice un esfuerzo organizativo y presupuestario que permita garantizar una prestación adecuada de los servicios sanitarios en Soria, más concretamente, los requeridos por quienes están aquejados de enfermedades cardíacas asegurando la igualdad en el acceso y en las condiciones a las prestaciones sanitarias respecto del resto de los castellanos y leoneses.

Segunda.- Que continúen adoptándose medidas para asegurar una adecuada dotación de recursos humanos a las necesidades de los centros Hospitalarios de Soria y, más



concretamente, de la Unidad de Cardiología, tratándose de establecer algún tipo de incentivo para los profesionales sanitarios que vayan a prestar sus servicios en aquellos cuya cobertura de plazas presente una mayor dificultad”.

La resolución fue aceptada por la Consejería de Sanidad y así se lo hicimos saber al autor de la queja con el consiguiente archivo del expediente.

Otras quejas que estimamos de importancia citar pese a que la resolución ha recaído en enero de 2009 son las referidas a la carencia de oncólogos en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles en Ávila que ha causado gran alarma social. La cuestión dio lugar a una actuación de oficio por parte de esta Procuraduría a la que fueron acumuladas dos quejas (**20081972** y **20082069**). El tema analizado en el expediente en cuestión era la carencia de especialistas en oncología en el citado Centro hospitalario lo que dio lugar a que los pacientes debieran trasladarse a otras capitales de nuestra Comunidad Autónoma, por ejemplo Salamanca, con todas las consecuencias de índole sanitaria y económica que ello suponía para los mismos. Ante la petición de información a la Consejería de Sanidad, ésta indicó a esta institución que el citado servicio está dotado con tres plazas de las cuales una estaba cubierta en propiedad, otra en régimen de contratación temporal y la última estaba vacante. Sin embargo en fecha 6 de agosto y ante la situación de incapacidad laboral transitoria del titular, se contrató otro especialista que un mes más tarde presentó la baja por traslado cesando en su puesto el día 22 de octubre el único facultativo que quedaba en el servicio. A decir de la Consejería esta era la causa de la situación anómala que dio lugar a la actuación de esta Procuraduría. Asimismo se nos informaba de las medidas adoptadas para cubrir el servicio estableciendo una programación que garantizaba la asistencia de lunes a viernes con la presencia diaria de dos especialistas que atendían a los pacientes hospitalizados, las consultas nuevas y las interconsultas así como la administración de tratamientos de quimioterapia y las consultas de revisión. Por último se nos indicaba el sistema de búsqueda de profesionales mediante ofertas de empleo a titulados recientes, inserción de anuncios en prensa profesional o gestiones con empresas especializadas lo que dio como fruto la incorporación de un especialista en Oncología médica el día 20 de diciembre de 2008. Estudiada la cuestión y el fondo de la queja, esta Procuraduría llegó a la conclusión de que la existencia de un déficit generalizado de especialistas (no sólo en Oncología) no ha de ser óbice para garantizar la igualdad efectiva en el acceso a la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y, menos aún dentro de la propia Comunidad Autónoma, máxime si se tiene en cuenta la Declaración formulada en el vigésimo Congreso Mundial del Cáncer que señala que en el año 2010 el cáncer será la enfermedad que cause más fallecimientos en el mundo, el 80 por ciento en los países en desarrollo. En este sentido hemos de aludir a las divergencias observadas por la institución no sólo respecto de la asistencia prestada en unos y otros lugares del territorio nacional sino dentro de la propia Comunidad



Autónoma de Castilla y León. Por ello, se elaboró una resolución en la que indicábamos la necesidad de que por parte de la Administración sanitaria se estudiase el modo de incentivar las plazas de especialista en oncología (y más concretamente en la provincia de Ávila) así como cualquier medida que contribuyese a la mejor y más estable cobertura de los puestos, incrementándose su número y sus condiciones laborales como forma de mejorar la asistencia a los usuarios. Con posterioridad a la fecha de cierre de este Informe la Consejería de Sanidad ha aceptado el contenido de la resolución citada, indicando que se están llevando a cabo todas las actuaciones posibles para la cobertura de las vacantes existentes a través de los correspondientes procedimientos de provisión y selección legalmente previstos. Así mismo se nos informa del inicio de los trabajos previos a la elaboración del correspondiente Plan de Ordenación de Recursos Humanos entre los cuales se valorarán y estudiarán las medidas necesarias para incentivar la solicitud de puestos en zonas rurales o de difícil cobertura.

Otra cuestión de importancia que ha tenido entrada en nuestra institución ha sido la relativa al tratamiento de la fibromialgia. Esta dolencia ha sido objeto de preocupación de nuestra institución desde hace ya tiempo insistiendo en la necesidad de amparo de los derechos de los afectados por esta dolencia y por el síndrome de fatiga crónica desde que en el año 2005 la Asociación de Enfermos de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica presentara la primera de las quejas sobre la materia. En el presente año, si bien tendrá su reflejo en el Informe del año 2009, se ha iniciado una actuación de oficio a la que se han acumulado multitud de quejas individuales sobre la cuestión. En la fecha de cierre del presente Informe, se ha solicitado información a la Consejería de Sanidad con el fin de elaborar un completo estudio sobre las citadas dolencias. Esta institución ha requerido ser informada sobre la existencia de protocolos o guías prácticas de actuación para el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica tanto del ámbito de atención primaria como del de la especializada con indicación, en su caso, del contenido de los mismos, presencia e implantación de programas de formación continuada dirigidos a todos aquellos profesionales sanitarios implicados en la atención de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica con indicación de la periodicidad de los mismos, personal al que van destinados y contenido, existencia de una unidad de referencia en un centro hospitalario de nuestra Comunidad Autónoma, con la intervención de un equipo multidisciplinar, para aquellos pacientes que, por la evolución del cuadro que les afecta, la ausencia de respuesta a la terapia o la complejidad del proceso, precisen una singular y especializada respuesta a sus necesidades (en caso afirmativo, cuál es y el número de pacientes que se atienden por año; en caso negativo, si existe previsión en orden a la creación de una unidad de referencia con indicación de los detalles de tal creación). Asimismo se ha requerido informe sobre las medidas actuales en orden la comunicación, colaboración y participación del movimiento asociativo de personas aquejadas de tales dolencias, datos con que cuenta la



Consejería de Sanidad sobre la prevalencia y morbilidad en nuestra Comunidad Autónoma y, en su caso, informes epidemiológicos sobre la cuestión. Por último y, como elemento de especial importancia, se requirió información sobre la existencia de derivaciones a centros dentro de la propia Comunidad Autónoma para el tratamiento en unidades específicas con terapias especiales y/o alternativas para el tratamiento de la enfermedad, o fuera de la Comunidad a centros especializados (tales como el Vall d'Hebrón u otros de reconocida competencia a nivel nacional). Ha de recordarse que en los Informes anuales de 2004 y 2005 esta institución ya hizo constar la existencia de resoluciones, entre ellas la del año 2005 reiterada en el año 2006, en la que se instaba a la Administración sanitaria a:

“1º.- Elaborar un protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de la FM y FC, con criterios uniformes en todos los centros y servicios sanitarios de la comunidad de Castilla y León, sobre la base del documento de consenso elaborado en 2004 por la Subcomisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2º.- Abordar de manera planificada y con profundidad el desarrollo de programas de formación continuada dirigidos a todos aquellos profesionales implicados en la atención de la FM y FC.

3º.- Establecer, al menos, una unidad de referencia en un centro hospitalario de Castilla y León, con la intervención de un equipo multidisciplinar, para aquellos pacientes que, por la evolución del cuadro que les afecta, la ausencia de respuesta a la terapia o la complejidad del proceso, precisen una singular y especializada respuesta a sus necesidades.

4º.- Promover una adecuada comunicación y colaboración con las asociaciones de personas afectadas, escuchando, como mínimo, sus demandas e inquietudes (tal y como se hace con otras muchas enfermedades) y que fueron planteadas recientemente en el Consejo Regional de Salud de Castilla y León celebrado el pasado 30 de junio de 2006 a través de las organizaciones sindicales”.

La finalidad de esta solicitud de información es la elaboración de un estudio de la enfermedad en términos parecidos al realizado sobre la celiaquía (**Q/285/07**). A lo largo de este expediente se hizo un examen de conjunto sobre la enfermedad celíaca y la influencia de la misma en cada uno de los aspectos de la vida ordinaria de quienes la padecen. Así se hizo un acercamiento a la enfermedad como dolencia caracterizada por la intolerancia a las proteínas del gluten que provoca una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado superior que genera un defecto de utilización de nutrientes a nivel de tracto digestivo y cuya repercusión clínica y funcional va a depender de la edad y de la situación fisiopatológica del paciente. En



todo caso, de lo que no cabe ninguna duda es del profundo desconocimiento de la enfermedad y de la exclusión social que produce la misma tanto en edad infantil como a edades adultas. Otro de los aspectos de interés que se hizo constar fue la dificultad a la hora de dar datos ciertos sobre la incidencia en la población de la citada dolencia dado que ésta se presenta como un iceberg (esta es ya una comparación clásica) puesto que "uno de cada ochenta adultos es celíaco y no lo sabe" lo que entorpece enormemente la elaboración de un mapa epidemiológico como base para la implantación de medidas eficaces contra la enfermedad. En nuestro estudio se examinó la presencia del gluten en la dieta y en la medicación haciendo un elenco, sin ánimo de ser exhaustivos, de alimentos sin gluten, de aquellos que pueden contenerlo y de los que lo tienen sin ningún género de dudas. Se indicó también la necesidad desde la entrada en vigor de la Orden de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de 12 de julio de 1989, de declaración obligatoria de gluten, harinas, almidones y derivados de ellos, presentes como excipientes en el material de acondicionamiento de los productos farmacéuticos y/o medicamentos. Otro de los temas a tratar en nuestro estudio fue el de la seguridad alimentaria haciendo alusión al llamado *Codex alimentarius* como norma internacional reguladora de la materia o a la utilización de kits comerciales para analizar alimentos para celíacos más conocidos como Elisa. Estos aspectos nos parecieron de vital importancia dado que algunos alimentos considerados sin gluten pueden contener trazas de esta proteína e incluso pueden dar lugar a contaminaciones cruzadas. Todo ello unido a la circunstancia de que el estado actual de la ciencia no permite saber en este momento cuáles son los riesgos a largo plazo del consumo reiterado de pequeñas dosis de gluten. En este punto se hizo alusión a "Controlado por Face", la marca de garantía creada por la Federación de Asociaciones de Celíacos de España como instrumento de control alimentario así como a la normativa en materia de etiquetado (RD 2220/2004, de 26 de noviembre) y a las previsiones del Gobierno de la Nación sobre una batería de medidas de protección de los enfermos celíacos entre las que se encontraba la elaboración de nuevas normas sobre etiquetado de alimentos. A tal efecto y examinado el reparto competencial, concluimos que nada obstaba para que la Administración de Castilla y León, en el marco de las competencias constitucionalmente atribuidas, elaborase un Plan integral similar al del Estado particularizando las necesidades de nuestra Comunidad Autónoma dentro, evidentemente, del marco de un diálogo constante con las asociaciones de afectados y más concretamente con ACECALE.

Otro de los aspectos importantes de la enfermedad celíaca es la necesidad de adquirir alimentos de calidad extra (dado que son los únicos que en determinadas categorías no contienen gluten) lo que incrementa notablemente el precio de la cesta de compra de los afectados. A tal efecto elaboramos un cuadro comparativo con el precio de alimentos ordinarios con gluten y sin gluten para llegar finalmente a la conclusión de que en algunos casos el precio



de adquisición de productos para celíacos puede multiplicar por veinte el de los alimentos ordinarios. Este apartado finalizó con un estudio del Derecho comparado en los países de nuestro entorno.

Cuestión distinta es el seguimiento de la dieta celíaca fuera del hogar, bien en eventos o cuando el paciente realiza viajes o desplazamientos. En este aspecto, y con ánimo meramente informativo se indicaron distintos medios de transporte que cuentan con productos especiales sin gluten y el modo de solicitar la meritada dieta. Asimismo fue objeto de examen el tratamiento de la celiaquía desde la perspectiva sanitaria y tomando como base actuaciones de otras instituciones tales como el Defensor del Pueblo u otros comisionados autonómicos.

Finalmente concluimos lo siguiente:

“A.- Dadas las variadas formas de presentación de la sensibilidad al gluten representadas a través del llamado iceberg celíaco y la importante proporción de personas afectadas en quienes la enfermedad se encuentra en estado latente han de llevarse a cabo una serie de estrategias diagnósticas entre las que tiene especial importancia la detección precoz. Ello ha de conllevar necesariamente una mejor definición y cribado de los grupos de riesgo o enfermedades asociadas a la enfermedad celíaca.

B.- En estrecha conexión con lo anterior, la formación de los profesionales de Atención Primaria y Especializada en orden a un eficaz conocimiento de las manifestaciones de la enfermedad (ya sean éstas típicas o atípicas) y de los grupos de riesgo a condiciones asociadas a la misma, coadyuvará eficazmente a una detección y tratamiento de la EC debiendo implicarse todos los estamentos citados. Es necesario, asimismo, la divulgación no sólo de conocimientos sobre la enfermedad sino sobre métodos serológicos disponibles para el diagnóstico en Atención Primaria así como el significado del resultado de los mismos clarificando la actitud a tomar ante ellos derivando o no, al paciente al especialista de Digestivo. Para ello SACyL debe hacer un ímprobo esfuerzo no sólo en cuanto a la formación de su personal y actualización de los conocimientos de éstos sino en orden a la divulgación eficaz de la enfermedad realizando campañas en colaboración con el movimiento asociativo y la implantación en Atención Primaria de métodos de detección precoz. Por otra parte, nos parece aconsejable en los términos descritos, la elaboración de un protocolo de actuación dirigido a la prevención secundaria de la enfermedad análogo al de la Comunidad de Madrid.

C.- La existencia de alternativas en la industria alimentaria para los enfermos celíacos no impide que algunos alimentos puedan contener, pese a lo expresado en su



etiquetado, trazas de gluten. Hemos puesto de manifiesto a lo largo del estudio el compromiso de la Administración central que no puede sino ser seguida por la Administración autonómica dado que a ella compete la materia sanitaria y educativa tan implicadas en el presente tema. La existencia de una marca de garantía de los citados productos (controlada por FACE) debe conllevar el compromiso y la actuación eficaz de la Comunidad Autónoma de Castilla y León para que los afectados tengan un acceso gratuito y fácil a los listados de productos alimenticios exentos de gluten.

D.- En otro orden de cosas y dada la dispersión de la población en nuestra Comunidad, especialmente en las zonas rurales, así como la competencia autonómica en materia de consumo, entendemos que por parte de la Administración autonómica debe hacerse, asimismo, un seguimiento de la calidad de los alimentos destinados al consumo de los pacientes con EC facilitando el acceso de quienes se encuentran en zonas rurales.

E.- Dada la inexistencia de un estudio sobre la incidencia de la enfermedad celíaca en Castilla y León, nos parece adecuada la confección de un mapa de incidencia en el territorio de nuestra Comunidad Autónoma.

F.- Puesto que el seguimiento de una dieta adecuada conlleva un gasto adicional importante para las familias en las que existen uno o varios afectados por la EC, entendemos que puede ser aconsejable que por parte de la Junta de Castilla y León se firme un convenio de colaboración a fin de ofrecer a los enfermos celíacos las ayudas que se reconocen en los países europeos descritos (prescripción médica, reintegro de gastos, asignación dineraria...). Asimismo entendemos que por parte de la Gerencia de Servicios Sociales se deben atender las necesidades de las familias con menos poder adquisitivo estableciendo líneas de apoyo y ayudas y subvenciones.

G.- Otro de los factores que propicia enormemente la incidencia de la enfermedad es el desconocimiento que de ella se tiene. Por ello y dado que la vida del paciente celíaco se desarrolla en sociedad, como la de cualquier otro individuo, nos parece adecuada la realización de campañas de difusión tal y como ha hecho la Comunidad de Madrid en colaboración con la Asociación de Celíacos madrileña, elaborando manuales y documentos informativos redactados por distintos profesionales.

H.- Sin perjuicio de las actuaciones llevadas a cabo por la Administración educativa de nuestra Comunidad Autónoma, instamos a ésta sobre la vigilancia de los menores en edad escolar aquejados de esta dolencia. Esta vigilancia y tutela incluirá no sólo las actividades escolares y los servicios de comedor sino las actividades extraescolares o



de ocio de los niños castellanos y leoneses puesto que es aquí donde, al parecer, se están dando la mayoría de problemas y situación de desamparo.

I.- Por último instamos a la Administración de la Comunidad Autónoma a agilizar la implantación de todas las medidas de las que ha informado a esta Procuraduría en el expediente de queja que ha dado lugar al presente estudio y que han sido descritas anteriormente”.

Otra de las cuestiones que ha generado la actividad de nuestra institución ha sido la preocupación de los ciudadanos por la inexistencia de consultorios médicos locales o por las deficientes circunstancias en que éstos se encuentran. En otras ocasiones las protestas de los ciudadanos versan sobre la supresión los mismos cuando la verdad es que el número de población al que van destinados no hace rentable el mantenimiento de los mismos y así lo ha hecho saber esta Procuraduría. Lo cierto es que en este caso se trata de una responsabilidad compartida por la Administración autonómica, más concretamente la Consejería de Sanidad, y la local puesto que son los ayuntamientos quienes deben instar de ésta la iniciación de los trámites para la puesta en servicio de los mismos.

Así ha de indicarse que de conformidad con lo dispuesto en la Orden de la Consejería de Sanidad, Cultura y Bienestar de 15 de abril de 1991 únicamente existe obligación por parte de los ayuntamientos en orden al mantenimiento de los Consultorios locales cuando la población supere los cincuenta habitantes correspondiendo asimismo a éstos su mantenimiento en condiciones óptimas para la prestación del servicio a tenor de lo dispuesto en el art. 25.2.i de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local y 21.5 de la Ley 1/1993, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León.

Sobre esta materia se han abierto distintos expedientes tales como **20081199** que se encuentra pendiente de resolución en la fecha de cierre del presente Informe, el **20080189** relativo al mantenimiento de un consultorio en la localidad palentina de Santa Cruz del Monte cuyo número de habitantes no superaba los cincuenta (de hecho se alejaba notablemente de este umbral) razón por la cual el esfuerzo económico que debía realizar la Junta Vecinal para el sostenimiento del mismo era notoriamente desproporcionado. Así se hizo saber al autor de la queja y se procedió al archivo del expediente.

Citaremos aquí en penúltimo lugar el expediente **20080941** relativo al seguimiento de la anorexia por parte de los Equipos de Salud Mental. La problemática surge cuando dado de alta un paciente en la Unidad Regional de Trastornos alimentarios (URTA) se informa a sus familiares sobre la necesidad de un seguimiento por parte del Equipo de Salud Mental de la provincia de su residencia, en este caso León, para conseguir la completa recuperación y evitar recaídas. Cuando el paciente acude al citado equipo se le indica que en León no cabe tal



posibilidad y se la remite a Burgos donde se le deniega la asistencia por tener residencia fuera de la provincia burgalesa. Solicitada información a la Administración sanitaria ésta niega los hechos aducidos en el escrito de queja e indica que puede ser visto en el Equipo de Salud Mental de José Aguado de León. Sin embargo, el autor de la queja había hecho llegar a nuestra institución un informe de este centro en el que se hacía constar como hecho fundamental para la recuperación del paciente el seguimiento en el URTA dadas sus características y la posibilidad de una frecuencia de consultas de las que el Equipo de Salud Mental no disponía. Esta resolución ha sido aceptada por parte de la Administración sanitaria.

Hemos de aludir también aquí a la cuestión del llamado diagnóstico preimplantacional. Este tema ha sido objeto de estudio en los últimos años si bien nuestras indicaciones son reiteradamente rechazadas por la Consejería de Sanidad. Se trata de un procedimiento basado en la selección de embriones tomando como referencia su ADN con el fin de evitar defectos congénitos. En el caso del expediente que aquí citaremos (que no es único en el año 2008 y tampoco es la primera vez que se hace constar en un Informe anual) y que responde a la referencia **20080314** la pareja era portadora de una enfermedad genética caracterizada por una atrofia muscular cuya causa es la degeneración de la médula espinal. Solicitada la derivación para el llamado diagnóstico preimplantacional, el Sacyl les denegó tal posibilidad sobre la base de la inexistencia del tratamiento en la cartera de servicios comunes del sistema Nacional de Salud y de nuestra Comunidad Autónoma. A tal efecto, se formuló una resolución sobre la base de la existencia de distintas Comunidades que cuentan con normativa propia tales como la andaluza o partiendo del hecho de que existen lugares como Madrid o Cataluña donde se realiza este tratamiento en la sanidad pública razón por la cual el óbice que alega la Administración sanitaria entendemos que puede salvarse si existe voluntad para ello. Esta Procuraduría entendió que la evolución de la ciencia faculta y propicia la existencia de tratamientos para combatir problemas derivados no sólo de la infertilidad sino de enfermedades genéticas debiendo garantizarse el principio de universalidad del derecho a la asistencia sanitaria cuyo acceso debe garantizarse en condiciones de igualdad efectiva a lo largo y ancho de todo el territorio nacional. Por otra parte esta institución tuvo acceso a un informe publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estimaba necesario conceptualizar el diagnóstico genético preimplantacional no sólo como una alternativa al diagnóstico prenatal sino como “una opción para reducir al máximo la probabilidad de iniciar gestaciones de fetos afectados en parejas que presentan riesgos elevados de transmitir anomalías genéticas severas”. Este hecho unido a la doctrina de los tribunales, entre ellos el Tribunal Superior de Justicia de nuestra Comunidad Autónoma sobre estimación de reintegro de gastos médicos en un caso análogo, propició la siguiente resolución:



“Primera.- Reconocer el derecho de (...) a ser derivados para la realización de técnicas de Diagnóstico Genético Preimplantacional.

Segunda.- Reiteramos la necesidad de que por parte de la Administración sanitaria se valore implantar en la Comunidad de Castilla y León el citado Diagnóstico Genético Preimplantacional regulando el mismo y designando una Unidad al efecto en cualquiera de los hospitales dependientes de Sacyl para su realización, en cumplimiento del principio de igualdad que debe regir las relaciones entre los ciudadanos de todo el territorio nacional”.

La resolución fue rechazada por parte de la Administración sanitaria y así se lo hicimos saber al autor de la queja procediéndose al archivo del expediente.

Por último en lo atinente a la cuestión de la protección de la salud y dentro del ámbito más genérico de este epígrafe hemos de citar un expediente que nos parece de interés si bien finalizó con una sugerencia dado que no existía incumplimiento normativo alguno por parte de la Administración sanitaria pero sí un vacío legal que provoca una situación difícil de afrontar para los particulares. Se trata del expediente **Q/1361/07** cuyo autor nos participaba la situación de un paciente oncológico que a consecuencia del tratamiento de radioterapia había perdido gran cantidad de piezas dentales sin que le constase la existencia de ayudas estatales o autonómicas para su sustitución. Solicitada información por parte de nuestra institución se nos hizo saber que estos tratamientos pueden producir diversas complicaciones orales debido a las lesiones que la radiación provoca en los tejidos bucales así como el hecho de que la caries dental por radiación y la pérdida de piezas dentales, especialmente si la boca se encontraba en mal estado, es uno de los efectos secundarios del tratamiento. Asimismo se nos informó de que los implantes dentales no son en muchos casos la solución óptima para el problema de la pérdida de piezas dentarias (si bien no se nos indicaron soluciones alternativas) añadiendo que los mismos están expresamente excluidos de la atención bucodental que contempla la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud establecida por RD 1030/2006, de 15 de septiembre. Por último se hizo saber a la institución cual es el contenido de la cartera de servicios de Sacyl en la materia que se circunscribe a menores entre siete y quince años, mujeres embarazadas, discapacitados y personas de 75 o más años y se indicó que la Gerencia Regional de Salud no tiene conocimiento de que existan líneas de ayuda general para este tipo de situaciones. Examinada la cuestión en profundidad, esta Procuraduría hizo una serie de consideraciones sobre la normativa aplicable partiendo del derecho a la protección de la salud previsto en el art. 43 de la Constitución y en el art. 13 de nuestro Estatuto de Autonomía así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud con alusión expresa al Decreto 142/2003, de 18 de diciembre que recoge las prestaciones disponibles en Castilla y León en materia de salud bucodental para llegar a la conclusión de la



existencia de un vacío legal para personas que se encuentran en la situación descrita agravada en los supuestos de carencia o limitación de recursos económicos. Por todo ello consideramos que podría resultar interesante que por parte de la Administración sanitaria se realizaran actuaciones de valoración y estudio de peticiones como la que nos ocupaba, bien a través de la figura del reintegro de gastos médicos, bien mediante el establecimiento de ayudas a tal efecto o, lo que sería más aconsejable, incluyendo tal prestación dentro de las recogidas en el Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, y en este sentido remitimos una sugerencia a la Consejería de Sanidad que ha sido rechazada por la misma.

1.1.2. Práctica profesional

También en el ámbito de la protección de la salud y ya dentro del epígrafe de la llamada práctica profesional el común denominador de las quejas del año 2008, igual que en años precedentes es la posible existencia de negligencias médicas y el trato dispensado a los pacientes por los facultativos. A tal efecto podemos señalar que en muchos supuestos es la falta de transparencia y respuesta a los escritos presentados por el paciente lo que hace a éstos sospechar de la actuación sanitaria. Esto es por ejemplo lo ocurrido en el expediente **Q/413/07** donde su autor pone en nuestro conocimiento la situación de una mujer embarazada quien sufre un aborto diferido y a quien no se dan las explicaciones oportunas sobre el mismo y las razones por las que no fue detectado hasta la semana duodécima cuando se había producido en la octava; es decir, el feto llevaba cuatro semanas muerto sin que pese a las revisiones efectuadas se hubiera observado tal extremo. Nuestra actividad, dada la carencia para solicitar informes médicos de carácter pericial se circunscribió en este caso a constatar la vulneración del deber de resolver por parte de la Administración autonómica dictando resolución al efecto. La misma fue aceptada por parte de la Consejería y así se lo hicimos saber al autor de la queja procediendo al archivo del expediente.

En otros casos la cuestión no es tan sencilla y lo que el particular pretende de nuestra institución es un pronunciamiento sobre la existencia de negligencia médica que no estamos en disposición de dictar al carecer de competencia, como ya hemos señalado anteriormente, para pedir o emitir informes periciales que arrojen cierta luz sobre la relación de causalidad entre una conducta (activa u omisiva) del facultativo y el presunto daño. Esto fue lo ocurrido entre otros casos en el expediente **Q/1128/07** si bien en este supuesto sí recayó resolución puesto que se suscitaba además la cuestión de la pérdida de los resultados de unas pruebas realizadas al paciente.

Para finalizar con este epígrafe y en lo concerniente a la cuestión de la desconsideración en el trato al paciente, lo cierto es que como ya hemos indicado en Informes precedentes, se trata de una cuestión de prueba y rara vez los hechos resultan acreditados.



Esto es así, en primer lugar, porque los mismos tienen lugar en reductos muy reducidos, en la intimidad de la consulta sin que existan testigos que acrediten las circunstancias en que ésta se desarrolla. En segundo lugar, porque los facultativos niegan los mismos, lo que da lugar a dos testimonios contrapuestos sobre los que no puede llegarse a conclusión fidedigna alguna.

Quedarían fuera del ámbito de nuestra actuación si bien dentro del ámbito de la llamada práctica profesional, los supuestos de disconformidad con el trato o el tratamiento prestado en centros o por personal facultativo privado.

1.1.3. Reintegro de gastos

En el ámbito del llamado reintegro de gastos la cuestión participa de las características de otros años. La problemática se centra en la necesidad de que concurra bien la llamada "urgencia vital" o la pertinente autorización para ser tratado el paciente por facultativos o en centros fuera del ámbito de la Gerencia Regional de Salud. En el presente año no ha recaído resolución alguna al no haberse apreciado irregularidades en la actuación de la Administración sanitaria.

1.1.4. Transporte sanitario

Por lo que respecta al tema del transporte sanitario y, más concretamente, al de las emergencias sanitarias, en el presente año se han presentado varias quejas basadas en la presunta tardanza de los servicios de emergencias si bien únicamente se ha apreciado la posible existencia de irregularidad en uno de los supuestos, concretamente en la queja **Q/808/06**. En el citado expediente se ponía de manifiesto la posible existencia de responsabilidad patrimonial como consecuencia de la tardanza en el traslado practicado a un paciente por parte de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León así como la presunta responsabilidad disciplinaria en que pudo incurrir el facultativo que atendió al enfermo (por lo demás menor de edad) en su domicilio. Solicitada información a la Administración autonómica pudimos constatar la existencia de dos versiones absolutamente contradictorias entre lo manifestado por el autor de la queja y lo informado por las consejerías competentes. Pese a ello y examinando todos los datos obrante en nuestra institución pudimos concluir que se había producido una ruptura del nexo causal entre la actuación administrativa sobre la base del informe forense y de los Autos del Juzgado de Instrucción y de la Audiencia Provincial. Por otra parte y respecto a la conducta del facultativo reseñamos la posible existencia de indicios para entender que la actuación del médico que atendió al menor en su domicilio debía ser cuando menos investigada a través de la correspondiente información reservada o el medio que arbitrara la Consejería de Sanidad a fin de valorar la posible existencia de reproche disciplinario. Por último señalamos que no nos parecía adecuada la tramitación del expediente administrativo



pues si bien éste debió suspenderse en caso de inicio de un procedimiento judicial a fin de no vulnerar el principio *non bis in idem*, lo cierto es que, una vez archivadas las diligencias previas, debió continuarse el procedimiento a fin de depurar las posibles responsabilidades administrativas de cualquier naturaleza.

1.2. Derechos y deberes de los usuarios

1.2.1. Intimidad, confidencialidad y acceso a la historia clínica

En cuanto al epígrafe de derechos y deberes de los usuarios hemos de consignar la creciente importancia que los pacientes dan a su historial médico no sólo como medio de garantizar la continuidad de los tratamientos en otros centros o por otros facultativos sino como consecuencia de la concienciación del ciudadano sobre la importancia de sus datos personales y la gravedad de la difusión de los mismos sin su consentimiento. En esta materia hemos de citar el expediente **Q/1527/07**. Los hechos que originaron la queja fueron la presunta pérdida de la historia clínica de un matrimonio que debió ser enviada desde el Centro de Salud La Victoria en Valladolid al de José Aguado en León donde nunca llegó. Solicitada información a la Consejería de Sanidad sobre la forma de envío y las medidas para la localización de la documentación extraviada, se puso en nuestro conocimiento que el envío se realizó mediante correo certificado a una dirección errónea y que el Director de la Oficina de Correos de León había contestado a la Gerencia la imposibilidad de localizar el envío en el citado departamento. También fuimos informados sobre las medidas adoptadas para la reconstrucción de la historia clínica de ambos pacientes y para su envío a la Gerencia de Atención Primaria de León. A la vista de lo informado, pudimos apreciar la posible concurrencia de irregularidades en la actuación administrativa que se evaluaron desde distintas perspectivas. Así, las posibles vulneraciones del derecho a la protección de datos a consecuencia del extravío de la documentación citada, la vulneración de la normativa reguladora de los derechos de los pacientes con la consiguiente responsabilidad en que pudiera haberse incurrido y, por último, la posible exigencia de responsabilidades a la empresa encargada del transporte de la documentación, en el presente caso la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos. Las dos primeras de las cuestiones fueron examinadas a la luz del Estatuto de Autonomía, de la Ley 41/2000, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, del Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica y por la LO 15/1999, de 13 de septiembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su desarrollo reglamentario. Concretamente el art. 114 del RD 17/2007, de 21 de diciembre, regulador del Reglamento de la LO de Protección de Datos establece la necesidad de adoptar medidas de seguridad cuando tenga lugar el traslado de ficheros que contengan datos cuyo nivel de seguridad sea alto cual es el caso de los datos de salud a tenor de lo dispuesto en



el art. 81.3 del citado reglamento. Valoramos, en primer lugar si existía un "Protocolo de seguimiento de la Historia Clínica" implantado en la Gerencia regional de Salud y aplicable a la Administración Autonómica o si, al menos, existían varios protocolos para los distintos centros (ya fueran hospitalarios o de Atención Primaria) con el fin de, en caso contrario, instar la elaboración e implantación de los mismos garantizando la adopción de medidas de seguridad de nivel alto en orden al traslado de esta documentación y evitando la remisión por correo ordinario o por cualquier medio que pudiera conllevar el extravío. Por otra parte apreciamos la existencia de una eventual responsabilidad de quien, por motivos desconocidos, indicó una dirección incorrecta generando un perjuicio a los particulares que éstos no tenían el deber jurídico de soportar cual es el extravío de datos de carácter sensible relativos a su salud. Por último nos remitimos a la Ley 24/1998, de 13 de julio, del Servicio Postal Universal y de Liberalización de los servicios y al RD 1829/1999, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la citada Ley, donde se dispone la obligación del prestador de los servicios postales en orden a garantizar la seguridad de los envíos y el posible deber de indemnizar en caso de extravío. Es por ello, y al margen de la responsabilidad que entendimos incumbía a la Administración sanitaria, por lo que entendimos procedente que se lleven a cabo las medidas oportunas para localizar el envío y para exigir las pertinentes responsabilidades a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos. Así nuestra resolución contenía los siguientes extremos:

«Primero.- Que, en el caso de que no existan, se elaboren los necesarios "protocolos de seguimiento de la historia clínica" implantándolos en los centros de Salud y en los centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma asegurando asimismo su cumplimiento.

Segundo.- Que, en el caso de que existan, se adopten las medidas oportunas para garantizar el debido cumplimiento de los mismos a fin de evitar casos como el que nos ocupa regulando expresamente la imposibilidad de remitir ciertos documentos (tales como las historias clínicas) por correo ordinario ya sea con o sin acuse de recibo.

Tercero.- Que se depuren las eventuales responsabilidades en que pudiera haberse incurrido como consecuencia de la remisión de las historias clínicas sin las cautelas necesarias y a una dirección de correo equivocada.

Cuarto.- Que por parte de la Administración sanitaria se adopten todas las medidas para la localización del envío en el que se encontraban las dos historias clínicas solicitando a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos las posibles responsabilidades descritas en la queja y reguladas en la Ley 24/1998, de 13 de julio, del Servicio Postal



Universal y de Liberalización de los Servicios y el RD 1829/1999, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la citada Ley».

La resolución fue aceptada por parte de la Consejería de Sanidad y así se lo hicimos saber al autor de la queja procediendo al archivo del expediente.

Otro de los derechos que asisten al paciente es la obtención de informes médicos sobre su estado de salud y la respuesta a los escritos que, por la dilación en la emisión de los mismos, pueden presentarse en los Servicios de Atención al Paciente. Es en esta materia donde hemos de citar el expediente **Q/1658/07**. El motivo de la queja era la situación de un paciente que llevaba a la espera de un informe médico desde el día 27 de abril de 2007. Dicho informe habría de ser expedido por el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico de Valladolid. Como consecuencia de esta cuestión y de otras relacionadas con la misma, se presentaron distintas quejas y reclamaciones. En atención a nuestra petición de información se remitió por la Administración autonómica un informe consistente en la copia de las reclamaciones presentadas y las respuestas dadas y se nos indicó que el paciente tenía informes de cada consulta y todos los documentos que ha precisado y que figuraban en su historia clínica. A la vista de lo informado apreciamos posibles irregularidades en tres aspectos: deficiente información dada al paciente, en la documentación remitida a éste e inexistencia de actuaciones contra el facultativo que, requerido en distintas ocasiones para la elaboración de un informe médico, desobedeció las directrices del centro. En cuanto al primero de los extremos hemos de significar que constatamos la deficiente información remitida unido al hecho de que los escritos remitidos además de sobrepasar excesivamente los plazos de respuesta legalmente previstos, en la mayoría de los casos, no daban respuesta a las cuestiones formuladas. En este sentido no nos pareció adecuado argumentar que el facultativo estaba próximo a jubilarse por lo que podía pedirse informe a quien sustituyese al primero. El Centro debía haber tomado medidas contra el doctor que, próximo a jubilarse incumplió su obligación, adoptando los medios coercitivos y disciplinarios necesarios. Por otra parte, las respuestas se han dado como suele ser habitual en escritos-tipo, circunstancia ésta contra la que esta Procuraduría ha advertido ya en reiteradas ocasiones. Además, tuvimos la ocasión de comprobar que la información remitida distaba mucho de ser completa y exacta; en primer lugar, porque la remisión de la historia clínica no obsta el legítimo derecho del paciente para obtener el informe que venía reiteradamente solicitando. Y, en segundo lugar y aún más importante, dado que la historia clínica (al menos en lo que al Servicio de Reumatología concierne) era ilegible en su práctica totalidad lo que vulnera lo dispuesto en el art. 6.e) del Decreto autonómico 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud. Por todo ello se formuló una resolución en la que requeríamos a la Administración sanitaria en



orden a evitar cartas modelo para dar respuesta a las quejas de los ciudadanos, a dar las instrucciones necesarias para que las historias clínicas cumplan los requisitos legal y reglamentariamente establecidos y sean legibles, indicando la necesidad de enviar al paciente una historia con estos presupuestos y el informe tantas veces solicitado y, por último y con el fin de evitar situaciones como la que dio origen a la queja, que por parte de los distintos centros se adoptasen las medidas oportunas (ya fueran disciplinarias o de otra naturaleza) para que el personal cumpliera adecuadamente con el ejercicio de sus funciones no sólo en tiempo sino en forma. La resolución fue aceptada por parte de la Administración sanitaria y así se hizo saber al autor de la queja procediendo al archivo del expediente.

1.2.2. Tratamiento y plazos

Pasaremos ahora dentro del epígrafe de derechos y deberes de los usuarios al tema de tratamientos y plazos. Aquí es donde se encuentra uno de los males endémicos del sistema sanitario español cuales son las listas de espera. Ha de reseñarse que este ha sido el año en el que ha visto la luz el Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se creó el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Atención Especializada y que regula las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León. El contenido de esta norma ha sido una de las grandes luchas de nuestra institución que ahora vemos en principio recompensada si bien será el día a día el que demuestre la virtualidad de tal regulación. En este sentido, y por otro lado, no nos parece acertada la respuesta que en uno de nuestros expedientes hemos obtenido por parte de la Consejería de Sanidad al indicar que erradicar las listas de espera es imposible, pues esto sería tanto como tener a los facultativos *“esperando la entrada de los pacientes en los centros”*. Entendemos que por encima de este tipo de respuesta se encuentran los derechos de los usuarios castellanos y leoneses quienes deben obtener una tutela efectiva del derecho reconocido en el art. 43 de la Constitución y en el art. 13 del vigente Estatuto de Autonomía.

Paradigmático de la situación en la que se encuentran muchos de nuestros ciudadanos es el expediente **Q/0187/07**. Según nos indicaba su autor, el paciente llevaba en lista de espera desde el año 2002. Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, tuvimos que pedir información en tres ocasiones a la Administración sanitaria quien no cumplimentó ésta en todos los términos solicitados si bien esta institución, dado el tiempo transcurrido desde la presentación de la queja y, lo que era más importante, dada la situación física y mental del paciente, decidió formular una resolución. La queja versaba sobre un paciente del Servicio de Traumatología y Angiología Vascolar del Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde el año 2002 quien tenía una lesión en una pierna por una trombosis iliaca. Desde el citado año se le habían venido realizando a éste



diversas pruebas preoperatorias, sin que la intervención que requería su dolencia tuviera lugar, razón por la cual presentó múltiples reclamaciones en el Servicio de Atención al Paciente. A la primera de ellas que databa de 2003 obtuvo como respuesta que se encontraba en lista de espera desde el 16 de enero del citado año y que debía aguardar su turno sin que existiera posibilidad de adelantar su operación. Éste, en noviembre, al no tener noticias de la intervención, presentó reclamación de la que nunca obtuvo respuesta. Posteriormente, el día 31 de marzo de 2004, fue citado a consulta con el traumatólogo quien, tras su celebración, comunicó al Coordinador de Admisión que se diera de baja al paciente en la lista de espera quirúrgica por “motivos médicos” solicitando nueva cita para el paciente sin que conste en el expediente que este extremo fuera puesto en conocimiento de aquel, ni siquiera que se explicase qué significado tenía la expresión “motivos médicos”; de hecho, esta Procuraduría no ha tenido acceso a la explicación de tal concepto. En aras de la brevedad del presente Informe diremos que el paciente entró nuevamente en lista de espera en 2005 existiendo versiones contradictorias indicando el enfermo que se había suspendido la operación por falta de especialista vascular y sosteniendo la Consejería de Sanidad que aquel se había opuesto a la misma por disconformidad con el tratamiento propuesto. Lo cierto es que ni uno ni otro extremo han sido acreditados y existían cuando menos dudas sobre la versión dada por la Administración quien no documentó adecuadamente los motivos de la suspensión de la operación. Tras nuevas reclamaciones y ser el paciente citado tres veces para la realización de las pruebas preoperatorias se le incluyó nuevamente en la lista de espera el día 25 de enero de 2006 indicando a esta institución un informe de 23 de noviembre de 2007 que el paciente tras ser valorado en reiteradas ocasiones por el Servicio de Traumatología, se niega a la propuesta de amputación de la extremidad. Este extremo es negado tajantemente por el interesado. Por otra parte, se citan una serie de informes que el enfermo desconoce y que no se han hecho llegar a esta institución desconociendo aquel en la fecha de presentación de la queja si se encontraba en lista de espera o no. Tras el examen de todos estos aspectos esta Procuraduría articuló el estudio de la queja en varios puntos: en cuanto a las reclamaciones se llegó a la conclusión de que el derecho del paciente había sido vulnerado y se había incumplido el deber de resolver del art. 42 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común por parte de la Administración sanitaria; por lo que respecta a la existencia de una eventual responsabilidad patrimonial indicamos la carencia de conocimientos necesarios para determinar si existió o no infracción de la *lex artis* como elemento determinante de tal responsabilidad, si bien podrían concurrir indicios al efecto; en lo atinente a las sucesivas inclusiones y exclusiones del paciente en la lista de espera entendimos que no eran de recibo y nos pareció de todo punto improcedente la alusión a pretendidos “*motivos médicos*” sin especificar, como causa para excluirle de la misma, indicando que no había quedado acreditada la negativa del paciente a



someterse a cierto tratamiento. En este último punto estimamos la improcedencia de las alegaciones de la Administración sanitaria al no quedar acreditada de forma documental (como parecía procedente) la negativa del paciente a someterse a una operación que conllevaba, ni más ni menos, que la amputación de una pierna. Por todos estos extremos se formuló una resolución que contenía las siguientes indicaciones:

1º.- Que por parte de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León se lleve a cabo la labor de inspección e investigación necesaria para esclarecer las circunstancias acaecidas desde que (...) fue incluido por primera vez en las listas de espera, es decir en enero de 2003 hasta la fecha actual y, en su caso, si se considerase que puede existir algún tipo de responsabilidad, se inicie el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial.

2º Que de forma perentoria se adopten medidas en orden a intentar paliar los nocivos efectos de las listas de espera en los términos expuestos, tanto por el Presidente de la Junta de Castilla y León como por el titular de la Consejería de Sanidad.

3º Que se cite al (...) a nueva consulta médica en los términos expuestos y se autorice su intervención lo antes posible acreditando, en el caso de que fuera necesario, la negativa del paciente a someterse al tratamiento propuesto (cualquiera que éste fuera).

4º Que se informe adecuadamente al paciente en los términos por él solicitados de las cuestiones expuestas en las reclamaciones por él interpuestas”.

La resolución fue rechazada por la Consejería de Sanidad y así se le indicó al autor de la queja procediéndose a su archivo.

También recayó resolución sobre las listas de espera en el expediente **Q/952/07** donde se suscitaba, además, la cuestión de la libre elección de centro hospitalario. En la queja en cuestión el paciente llevaba recibiendo asistencia sanitaria por su dolencia a cargo de Sacyl desde 2006, si bien contra su creencia ya no se encontraba en lista de espera quirúrgica. Solicitada información y recibida ésta, se formuló una resolución en la que indicando que aún siendo conscientes de que la libre elección de centro hospitalario no es un derecho desarrollado en nuestra Comunidad Autónoma, entendíamos que no debía procederse a una aplicación rigurosa e inflexible de la guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica ya que no es un instrumento normativo que obligue, sino una instrucción interna que permite una mejor gestión de la lista de espera. En consecuencia, esa guía no puede ser de aplicación automática e inapelable y sus defectos pueden ser fácilmente subsanables. Por ello y examinada la cuestión particular con profundidad, se puso de manifiesto la necesidad de autorizar nuevamente la intervención del paciente indicándole exhaustivamente los efectos de su posible derivación a



otro centro hospitalario y las consecuencias de su negativa a ser tratado. Dicha resolución también fue rechazada por la Consejería de Sanidad y así se lo comunicamos al autor de la queja.

1.2.3. Consentimiento informado

Nos referiremos ahora, dentro del epígrafe relativo al consentimiento informado al expediente **20080270**. El motivo del mismo era la solicitud formulada por una usuaria del sistema público de salud de Castilla y León en la que se pedía que se llevara a cabo un plan de parto individualizado y siguiendo las recomendaciones sobre el nacimiento prescritas por la Organización Mundial de la Salud. Solicitada información a la Consejería de Sanidad ésta se recibió con posterioridad al parto de la interesada razón por la cual no pudimos sino hacer un estudio genérico de la cuestión. A tal efecto indicamos la necesidad, en primer lugar, de dar adecuada y cumplida respuesta a los escritos de la interesada y, en segundo lugar, señalamos la importancia de potenciar el lado emotivo del parto sin que esto supusiese en modo alguno descuidar los aspectos médicos siguiendo las indicaciones de la OMS respecto del llamado parto natural. Se citó el Convenio existente entre la Consejería y el Ministerio de Sanidad en el apartado relativo a la medicalización del parto y se hizo una recomendación acerca de los siguientes extremos:

“Primero.- Que por parte del órgano competente se diera oportuna respuesta a todos y cada uno de los extremos expuestos en los escritos de la interesada en relación con los escritos por ella presentados sobre la asistencia al parto de la misma.

Segundo.- Que por parte de la Administración sanitaria se impulsase la implantación de las medidas previstas en el Convenio de Colaboración suscrito con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tercero.- Que las obligaciones asumidas por la Consejería de Sanidad en el citado documento (tanto los aspectos relacionados con la calidad asistencial y los cuidados integrales, como los aspectos formativos) fueran cumplidas de forma adecuada y, a la mayor brevedad posible elaborando una serie de recomendaciones generales que plasmasen las citadas obligaciones.

Cuarto.- Que dichas recomendaciones fueran trasladadas a cada centro de nuestra Comunidad Autónoma para ser tenidas en cuenta en los protocolos de atención al parto diseñados en cada uno de ellos”.

En este caso la resolución sí fue aceptada por parte de la Consejería de Sanidad.



1.3. Otros

Nos referiremos por último al expediente **20070655**. El origen de la queja era la denegación de la solicitud por parte de Sacyl de la prescripción de Fortisip a un menor aquejado de anorexia nerviosa, por entender que el mismo no tenía cobertura dentro del ámbito de la prestación farmacéutica de nuestra Comunidad. Ha de reseñarse que el paciente había sido diagnosticado de tan grave dolencia por la Unidad de Psiquiatría del Hospital del Niño Jesús de Madrid donde acudió por derivación del propio Sacyl y donde permaneció ingresado en varias ocasiones entre 2006 y 2007. Una vez allí, tanto el Servicio de Psiquiatría y Psicología como el de Gastroenterología y Nutrición pautaron el uso de nutrición enteral domiciliaria indicando la necesidad de tomar el citado producto bien a través de esta presentación o a través del llamado Resource CF Neutro. Consta a esta Procuraduría que en otras Comunidades Autónomas, como la de Madrid, se está prescribiendo el tratamiento sin problema al entenderlo incardinado dentro del Anexo VII del RD 1030/2006 al margen de la dolencia diagnosticada. Por el contrario y, solicitada información a la Consejería de Sanidad, esta nos indicó que *"el diagnóstico de la paciente a la que fue prescrito dicho producto (anorexia nerviosa), no figura dentro de las patologías de dicho Anexo"*. Examinada la cuestión y sobre la base del principio de igualdad previsto entre otras normas en el art. 88 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios en relación con el punto 8 del Anexo II del RD 1030/2006, entendimos que los citados productos no pueden ser considerados como meros productos dietéticos, cuya prescripción no pueda atender el Sistema Autonómico de Salud, máxime cuando en otras Comunidades se está haciendo. Por todo ello se formuló una resolución con los siguientes apartados:

"1º Que se considere inmediatamente reintegrable el gasto farmacéutico (...) respecto de la adquisición del producto Fortisip (o equivalente) prescrito para la anorexia nerviosa que padece en los términos previstos en los informes médicos procedentes del Hospital del Niño Jesús que deben obrar en el expediente (siendo solicitados a tal efecto en caso contrario).

2º Que, como ya hemos venido indicando reiteradamente desde esta Institución, se realicen los esfuerzos necesarios para que exista una igualdad efectiva en el reintegro de gastos de productos farmacéuticos y dietoterápicos para todos los ciudadanos del territorio nacional cualquiera que sea la Comunidad Autónoma de su residencia".

Con posterioridad a la fecha de cierre del presente Informe la Consejería de Sanidad ha rechazado nuestra resolución sobre la base de la misma argumentación vertida en el expediente. A tal efecto se le ha hecho saber que no parece razonable que una misma norma tenga interpretaciones tan dispares por parte de diferentes operadores jurídicos en detrimento



de los derechos de los pacientes, quienes son en última instancia los destinatarios de la misma, propiciando unas desigualdades por razón del territorio que residen más en la voluntad del órgano de aplicación que en la propia norma misma.

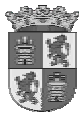
2. CONSUMO

Por lo que respecta al tema de consumo, treinta y seis han sido las quejas presentadas en el año 2008 de las cuales veinticinco pertenecen al epígrafe de Asociaciones de Consumidores y Usuarios. Todas ellas tienen como origen los escritos que la Asociación FACUA presenta ante distintos organismos autonómicos y locales, básicamente el Ayuntamiento de Medina del Campo.

Al igual que en años precedentes la mayoría de las quejas tienen como común denominador la falta de respuesta a escritos presentados en la materia sin que existan grandes diferencias entre la Administración autonómica y la municipal a la hora de cumplir su obligación de resolver.

En el presente año han recaído nueve resoluciones en la materia, en la mayoría de los supuestos indicando a la Administración la obligación de cumplir el deber previsto en el art. 42 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Por lo demás nuestras resoluciones en este sentido son aceptadas en la práctica totalidad de los casos.

En 2008 sólo en un supuesto se ha entrado a valorar el fondo del asunto yendo más allá del recuerdo, en este caso al Ayuntamiento de Medina del Campo, de la obligación de resolver. La cuestión a tratar en el expediente **Q/1289/07** era la denuncia sobre la situación de una tapia propiedad de Renfe cuyo estado podía poner en peligro la seguridad de los bienes y de las personas. En atención a nuestra petición de información se remitió informe en el cual se hacía constar que la titularidad de la tapia correspondía a Renfe, que se había dado traslado a ésta a fin de que procediera a su reparación y que por parte del Ayuntamiento de Medina del Campo se había procedido a la colocación de vallas de protección a la espera de la oportuna reparación. Sin embargo, por parte de esta institución se entendió que concurrían irregularidades en la actuación del Ayuntamiento derivadas de un deficiente ejercicio de las competencias que tanto la Ley como el Reglamento de Urbanismo de Castilla y León le atribuyen en orden a garantizar la adecuada conservación de los inmuebles sitos en su término municipal. Por ello estimamos que la Entidad local debía dictar las correspondientes órdenes de ejecución y, en su caso, adoptar las medidas oportunas en orden a asegurar la observancia de las mismas puesto que el transcurso del tiempo acentuaba el deterioro de la tapia que podía subsanarse mediante la colocación de unas simples vallas. A tal fin se dirigió una resolución con el siguiente contenido:



“Primero.- Que, con la mayor brevedad posible, se gire visita de inspección al inmueble de referencia, emitiéndose por el Técnico competente un informe en el que tras describir la situación del mismo, señale las condiciones de seguridad, salubridad y ornato público, y en razón de las circunstancias que se expongan, indique si procede dictar las correspondientes ordenes de ejecución.

Segundo.- Que, a la vista de lo informado, se tramite el correspondiente expediente, adoptándose las medidas necesarias para mantener la tapia en condiciones de seguridad.

Tercero.- Que, en lo sucesivo, en los supuestos de incumplimiento de los requerimientos formulados, esa Administración Municipal, en función del procedimiento tramitado, adopte las medidas previstas en los artículos 106 de la LUCyL y 319 y ss. del RUCyL reguladores de las órdenes de ejecución.

Cuarto.- Que por parte de ese Ayuntamiento se dé cumplida respuesta al escrito (...) a tenor de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común”.

La resolución fue aceptada por el Ayuntamiento de Medina del Campo si bien ha debido reabrirse en 2008 dado que la cuestión no ha sido solventada.

Para concluir hemos de señalar que al igual que en años precedentes las pretensiones de los particulares en materia de consumo se circunscriben a dos motivos básicos: la deficiente tramitación de los expedientes por parte de las oficinas municipales de información al consumidor o de las secciones territoriales de la Administración autonómica y la estimación por parte del propio Procurador del Común de las solicitudes presentadas para la restitución de las cantidades abonadas. En ningún caso se ha constatado el primero de los supuestos; el segundo queda fuera del ámbito de nuestras competencias.