

ÁREA H

ÁREA H
SANIDAD

Expedientes Área.....	87
Expedientes remitidos a otros organismos	5
Expedientes admitidos	68
Expedientes rechazados	9

El año 2003 ha supuesto la consolidación del sistema sanitario de Castilla y León, tras el traspaso de competencias en materia sanitaria producido en el año 2002.

La Constitución Española articula un sistema de competencias en materia sanitaria por el que se reconoce al Estado, en el art. 149.1.16, las competencias en materia de Sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos; por estas competencias, se legisló, en su momento, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En el presente año, hemos de destacar la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de

Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que ha pretendido tal como se dice en su Exposición de Motivos *“establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en reducción de las desigualdades en salud”*.

Por otra parte, nuestra Comunidad Autónoma se atribuye, en los arts. 34.1.1ª. y 2ª. del Estatuto de Autonomía, competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene; promoción, prevención y restauración de la salud; y coordinación hospitalaria en general, incluida la Seguridad Social; asimismo, los arts. 36.7 y 12 determinan la competencia de la función ejecutiva en materia de productos farmacéuticos, así como la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. De esta forma, la Ley autonómica fundamental en materia sanitaria es la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación Sanitaria de Castilla y León.

En el año 2003, en primer lugar, destacar la reestructuración orgánica que se ha producido en la Administración autonómica mediante la creación de la Consejería de Sanidad, por Decreto 2/2003, de Presidencia de la Junta de Castilla y León, por el que se establece su estructura orgánica, y que asume todas las competencias en materia de sanidad. Dicha Consejería se estructura en una Secretaría General y dos Direcciones Generales: Dirección General de Salud Pública y Consumo, Dirección

General de Planificación y Ordenación, creándose una Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria.

Dependiente de esta Consejería, se encuentra la Gerencia Regional de Salud para la ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios por Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba su Reglamento General, configurándose cuatro Direcciones Generales: Dirección General de Administración e Infraestructuras, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección General de Recursos Humanos y Dirección General de Desarrollo Sanitario, estableciéndose en este año la estructura de sus servicios periféricos por Decreto 24/2003, de 6 de marzo.

Por lo tanto, se ha configurado definitivamente la estructura administrativa de la Comunidad Autónoma para el ejercicio de competencias transferidas en materia de sanidad. Igualmente, en este año, se ha aprobado la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud, que ha articulado un catálogo sistemático de derechos sanitarios, al amparo de la legislación europea como el Convenio de Oviedo de 4 de abril de 1997, del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, y de la legislación estatal a la que nos hemos referido. Ésta es una de las primeras normas autonómicas, junto con la de la Comunidad Autónoma de Valencia, en recoger los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario

público, suponiendo, a juicio de esta Procuraduría, un instrumento muy útil para garantizar estos derechos y otorga una gran seguridad jurídica a los ciudadanos en sus relaciones con el sistema sanitario.

1. SALUD PÚBLICA

1.1. Control e inspección sanitaria de centros

En este apartado, hacer referencia a las materias relacionadas con políticas de promoción, prevención y restauración de la salud, con las condiciones higiénico-sanitarias de alimentos, instalaciones industriales, turísticas y de cualquier tipo de nuestra Comunidad Autónoma, salvo las explotaciones ganaderas que tienen su apartado específico.

Mencionar, en primer lugar, las quejas relativas al incumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias en determinados establecimientos o instalaciones industriales y las potestades que posee la Administración Pública: así, cabe citar la **Q/807/02**, relativa a la disconformidad con el cierre cautelar ordenado por el Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Ávila, de una planta envasadora de agua de manantial, como consecuencia del presunto incumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias de las instalaciones.

Tras la información facilitada por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, se comprueba que el cierre cautelar vino motivado por la queja de un consumidor, procediéndose por parte de los Servicios Veterinarios Oficiales de Salud Pública en su presencia, a la toma de

muestras reglamentaria de un envase de agua; en los análisis efectuados en el Laboratorio Provincial de dicho Servicio Territorial, se detecta la presencia de partículas en suspensión, microorganismos, así como moho y levaduras.

Los Servicios Veterinarios Oficiales comunicaron al responsable de la planta, que se procediera a retirar del mercado todos los envases que constituyen este lote para su destrucción inmediata y se interrumpía la actividad de envasado y venta, hasta tanto en cuanto no se hubieran eliminado las causas de contaminación del agua; estos Servicios Veterinarios informaban que no tenían conocimiento acerca de que esta planta envasadora realizara, con periodicidad trimestral las determinaciones microbiológicas y fisicoquímicas que marca la legislación vigente. Por todo ello, se acordaba la suspensión cautelar del ejercicio de actividad de esta planta envasadora por parte de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Ávila, y la incoación del oportuno expediente sancionador al respecto por la presunta comisión de una infracción administrativa en materia sanitaria.

Este cierre cautelar es una medida prevista tanto en el art. 37 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: “No tendrán carácter de sanción la clausura o cierre de establecimientos, instalaciones o servicios que cuenten con las autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, o la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o

seguridad”; como en el art. 34.3 de la Ley 1/1993, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León:

“Las Administraciones Sanitarias dentro de sus respectivas competencias adoptarán las siguientes medidas:

Adoptar las medidas preventivas que se estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas, siempre que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario o una repercusión excepcional y negativa para la salud.”

Además, no cabe entender las medidas cautelares como una sanción y deben tener los siguientes requisitos, de acuerdo con jurisprudencia del TS, entre las que cabe citar la Sentencia de 23 de octubre de 2000:

“-Debe quedar supeditada a la corrección de los defectos o al cumplimiento de los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad, de manera que observados éstos ha de levantarse la suspensión.

-Los efectos o el riesgo para la sanidad, higiene o seguridad derivados del establecimiento o actividad de que se trate han de ser de suficiente entidad como para justificar una medida precautoria

de suspensión, de forma que su adopción no resulte desproporcionada.

-La resolución administrativa que acuerda la suspensión provisional debe reflejar, de forma explícita o implícita, la naturaleza preventiva o la finalidad de evitación del daño”.

En este caso, el procedimiento se ha ajustado, a juicio de esta Procuraduría, a la legalidad vigente, puesto que se han dado los requisitos formales establecidos para la adopción de la medida cautelar detallados por la jurisprudencia del TS citada, al tratarse de una industria relacionada con el consumo de un producto tan básico para la vida humana como es el agua. Además, en lo que respecta al análisis del agua de esta planta, esta Procuraduría no tiene elementos para valorar la presencia de componentes presuntamente peligrosos para la salud humana; desde el punto de vista formal, estos hechos han sido recogidos en diversas actas de inspección de los servicios veterinarios oficiales, cumpliendo los requisitos formales, teniendo la presunción de veracidad establecida en el art. 137.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, modificado por la Ley 4/1999, de 13 de enero. Por ello, se estimó que no había ninguna irregularidad administrativa en la actuación de la Administración.

1.2. Limitación de la venta y uso del tabaco

Se han presentado diversas quejas en relación con el consumo de tabaco en centros públicos y las consiguientes molestias que provoca el consumo indiscriminado en la salud de las personas.

Así, cabe citar la **Q/2070/02**, por la que se denunciaban los perjuicios causados en la salud del reclamante como consecuencia del consumo de tabaco en las dependencias de la Dirección Provincial de Educación de Ávila. En el informe de la Administración, nos ponía de manifiesto que en esa Dirección Provincial existen carteles y pictogramas sobre la prohibición de fumar y que no se consume tabaco en las dependencias de atención al público, pero añade que “no existen zonas señalizadas específicas de fumadores ya que, hasta la fecha, no han sido demandadas por los trabajadores”.

Debemos partir del hecho de que el RD 192/1988, en su art. 1, no establece una prohibición absoluta de fumar, señala que en caso de conflicto prevalecerá siempre, el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir tabaco en todos aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse el derecho a la salud de los primeros.

En este sentido la Audiencia Nacional dice que la norma señalada no impone una prohibición de fumar, sino que ésta vendrá determinada por la existencia de un conflicto en lugares y circunstancias en que la salud de los no fumadores pueda verse comprometida.

Por otro lado, insistir que, el art. 7.1. en su punto d) señala que no se permitirá fumar en zonas de las oficinas de las Administraciones Públicas destinadas a la atención directa al público. Prohibición que recoge la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependencia de Castilla y León en su art. 26. f). Asimismo, el RD 709/1982, de 5 de marzo, en su Anexo III, regula las condiciones ambientales de los lugares de trabajo, estableciendo en su punto 1, que “la exposición a las condiciones ambientales de los lugares de trabajo no debe suponer un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores”.

Por ello, se formuló la siguiente resolución a la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León de Ávila:

"Que se den las pertinentes directrices para que en la Dirección Provincial se intensifiquen los controles, al objeto de que se pueda desarrollar la actividad administrativa cotidiana en condiciones laborales óptimas, se delimiten lugares alternativos para fumadores, y se prohíba de manera real fumar en dependencias destinadas a la atención directa al público, ejerciendo, en su caso, las medidas disciplinarias que resulten oportunas respecto al personal siempre que se incumpla dicha prohibición”.

Esta resolución fue aceptada de forma parcial en el sentido de que *“en los pasillos y zonas comunes de las oficinas de gestión se prohibirá fumar y se intensificarán los controles y las señalizaciones de no fumar con arreglo a la normativa vigente”.*

1. ATENCIÓN SANITARIA

2.1. Atención Primaria

La atención primaria en nuestra Comunidad Autónoma se realiza a partir del marco territorial y poblacional de las Zonas Básicas de Salud, a través de los Centros de Salud que desarrollan de forma integrada esta atención.

Una de las cuestiones por la que acuden los ciudadanos a esta Procuraduría es su disconformidad con la organización de las Zonas Básicas de Salud rurales, que revisten una gran complejidad, debido a la dispersión y el alto grado de envejecimiento de su población: así, cabe mencionar la **Q/1385/02**, que se refiere a la disconformidad con los servicios sanitarios que se prestan en el municipio de Valdepolo, en la provincia de León, que se encuentra integrado junto a los municipios de Cubillas de Rueda y Gradefes en la Zona Básica de Salud “Ribera del Esla”. Por ello, se solicitó la información a la Gerencia Regional de Salud que informó, del personal médico y sanitario que trabajaba en dicha Zona Básica eran de cuatro médicos y cuatro enfermeros; asimismo, *“con relación al tiempo de espera, se han recibido en esta Gerencia Regional de Salud dos escritos procedentes del Ayuntamiento de Quintana de Rueda, remitiendo, por un lado, en el mes de agosto un total de 115 reclamaciones y en el mes de octubre otras 51 reclamaciones. Todas ellas con el mismo formato y formuladas ante ese Ayuntamiento”*.

La Gerencia Regional de Salud informa, que el Ayuntamiento de Valdepolo ha manifestado su desacuerdo con el Decreto 6/2002, y formuló un recurso de reposición en el momento de su publicación, sin embargo, la ratio de profesionales en esta zona es de 722 TSI por médico o enfermero; si bien el puesto de trabajo de Valdepolo es el que más tarjetas asignadas tiene, no se ha considerado adecuado, al establecer las demarcaciones en el mencionado Decreto, y teniendo en cuenta el ratio actual, incrementar el número de sanitarios, ni en la zona, ni en la localidad de Quintana de Rueda; sin embargo se estimó oportuno realizar una reorganización interna para subsanar las diferencias.

Para analizar esta queja, esta Procuraduría debe partir de la Ley General de Sanidad que articula el sistema territorial de la asistencia sanitaria pública en Áreas de Salud y Centros de Salud; éstos últimos se constituyen, tal como dice el art. 63 de la Ley, en “el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria”, correspondiendo la competencia de su organización a las Comunidades Autónomas. De acuerdo con la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, esta delimitación se efectuará, de conformidad con el art. 17, atendiendo a “factores de carácter geográfico, demográfico, social, epidemiológico y viario, disponiendo de una cabecera en la que se ubicará el Centro de Salud, como estructura física y funcional, que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del Equipo”, estableciéndose

ésta en el Decreto 32/1988, de 18 de febrero. En este Decreto se constituye la Zona Básica de Salud “Ribera del Esla” en donde se integran los municipios de Cubillas de Rueda, Gradefes y Valdepolo: el municipio de Cubillas de Rueda, con 9 localidades y 498 usuarios, el de Gradefes con 19 localidades y 1041 usuarios, y el municipio de Valdepolo con 9 localidades y 1378 usuarios, estando ubicado el Centro de Salud en la localidad de Gradefes.

Centrándonos en el municipio de Valdepolo, en lo que respecta a los consultorios locales, el art. 21.5 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla y León establece que “Todos los núcleos de población superior a cincuenta habitantes dispondrán de un consultorio local”. Además, el art. 10 de la Orden de 6 de junio de 1986, en su redacción dada en la modificación de la Orden de 15 de abril de 1991, establece que “La consulta asistencial sanitaria en los núcleos de población donde no radique el Centro de Salud, se efectuará por cada profesional sanitario (Médico y ATS) según los siguientes criterios:

- Núcleos de menos de 50 habitantes de hecho. Consulta a demanda.
- Núcleos de menos de 100 habitantes de hecho. Consulta un día a la semana.
- Núcleos de 101 a 200 habitantes de hecho. Consulta dos días a la semana.

- Núcleos de 201 a 500 habitantes de hecho. Consulta tres días a la semana.

- Núcleos de más de 501 habitantes de hecho. Consulta diaria de lunes a viernes.”

Por lo tanto, según la información dada por la Gerencia Regional de Salud, existen consultorios locales en cinco de las localidades del municipio: Aldea del Puente, Quintana de Rueda, Quintana del Monte, Sahelices de Payuelo y Villahibiera; sin embargo, las cuatro restantes: Valdepolo, Villalquite, Villamondrín de Rueda y Villaverde de la Chiquita, aún superando los 50 habitantes de hecho, carecen de consultorio local, incumpliendo la normativa vigente en la Ley de Ordenación Sanitaria. Además, desde esta Procuraduría, se recuerda a la Gerencia Regional de Salud que, de conformidad con el art. 3.1 del Apartado B del Anexo del Decreto 212/1998, de 8 de octubre, por el que se aprueba el 2º Plan de Salud de nuestra Comunidad Autónoma, se establece como objetivo específico en materia de Servicios Específicos de Atención Primaria que, “en el 2000, dispondrá de un Consultorio Local el 95% de los núcleos que superen los 50 habitantes”, que en este municipio aún no se ha logrado.

Para poder conseguir cumplir el mandato establecido en la Ley de Ordenación Sanitaria, la Administración Autónoma ha establecido un sistema de ayudas para financiar la construcción de Centros de Salud y Consultorios Locales; así, cabe citar a título de ejemplo, la Orden de 17 de diciembre de 2002, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la

que se convocan subvenciones a corporaciones locales para la realización de inversiones en Centros de Salud, Centros de Guardia y Consultorios Locales, durante los ejercicios 2003 y 2004, a las que puede acogerse el Ayuntamiento de Valdepolo, si así lo solicitase, y cumple lo prescrito en esta Orden. La financiación de la conservación y el mantenimiento de estos consultorios correspondería al Ayuntamiento.

Con respecto a la ordenación de las demarcaciones asistenciales, ésta se encuentra establecida en el Decreto 6/2002 citado, que divide esta Zona Básica en cuatro demarcaciones asistenciales médicas y cuatro de enfermería, reconociéndolo así la Gerencia Regional en su informe; sin embargo, se observa en un primer momento una gran desproporción en el número de usuarios de cada una de las Zonas, ya que, mientras que el municipio de Gradefes con un número de usuarios levemente inferior (1041) tienen dos médicos y dos ATS, el de Valdepolo, con 1378 usuarios cuenta con un solo médico y un ATS para todo el municipio.

Esta circunstancia es reconocida por la propia Gerencia Regional de Salud en su informe, al determinar que la Gerencia de Atención Primaria de León, propuso una redistribución de los sanitarios, en tanto se resuelven los trámites y se lleve a efecto lo establecido en el Decreto 6/2002, pero que no se produjo la reorganización, al no llegar a un acuerdo los miembros del equipo de atención primaria. Esta Procuraduría entiende que esta vía “de hecho” no es la más correcta, máxime cuando se han reestructurado los puestos de trabajo en las Zonas Básicas de Salud por el Decreto 139/2002,

de 26 de diciembre, estableciéndose cuatro médicos y cuatro ATS, uno por demarcación.

En conclusión, se observa un gran desequilibrio en el número de usuarios concretamente en la demarcación nº 4 coincidente con el municipio de Valdepolo, siendo superior a la suma de la nº 2 y 3, coincidentes con el municipio de Gradefes; además la ratio en Valdepolo es muy superior con 1.350 usuarios / médico, que la media de esta Zona Básica de Salud de 722 usuarios / médico. Por lo tanto, parece razonable la modificación de las demarcaciones asistenciales en esta Zona Básica de Salud, para una mayor homogeneidad entre ellas y que no se produzca un desfase en la ratio médico / paciente. Esta modificación se puede efectuar de dos formas: bien, mediante la redistribución de algunos pacientes de algunas localidades del Ayuntamiento de Valdepolo a las otras demarcaciones, para así reequilibrar el número de tarjetas sanitarias por demarcación, o bien, dividiendo en dos al término municipal de Valdepolo, de forma similar a como se encuentra el término municipal de Gradefes, creando otra demarcación asistencial con la presencia de otro médico y enfermero para esta demarcación, estableciendo el número en aproximadamente 689 pacientes, que todavía se encontrarían por encima de las otras demarcaciones.

Esta institución, tras un pormenorizado análisis, propone la última opción por los motivos que vamos a detallar:

- Se comprueba que uno de los criterios para la demarcación asistencial en la provincia de León es el municipio, de tal forma que cada demarcación o bien coincide con el municipio, o bien se divide en dos o más demarcaciones, tal como ha sucedido en el caso del municipio de Gradefes.

- La inclusión de una nueva demarcación facilita la asistencia médica en la atención primaria en estas localidades, ya que deben existir consultorios locales en todas las localidades del municipio de Valdepolo según la normativa vigente en la Orden de 1986 ya citada, y, al incrementarse el número de consultorios locales en el municipio, se necesitaría un médico y un ATS adicional para la asistencia médica, al igual que sucede en el municipio de Gradefes.

- Se igualaría la ratio médico-usuario, quedando el municipio de Valdepolo con la división en dos demarcaciones, con 675 TIS por médico; incluso, estas demarcaciones serían las de mayor número de tarjetas sanitarias.

Esta Procuraduría es consciente que, con esta propuesta, puede quedar una proporción médico-usuario baja, en comparación con otras zonas, pero, hemos de tener en cuenta la gran dispersión de la población en numerosas localidades (38 en los tres municipios), su grado de envejecimiento, y la necesidad que se construyan paulatinamente por estos municipios los consultorios locales en las poblaciones con más de 50 habitantes de hecho, para cumplir el mandato establecido en el art. 21 de la

Ley de Ordenación Sanitaria; estos factores aconsejarían que la ratio sea más baja que en otras partes de nuestra Comunidad Autónoma.

La vía, en el caso de que la Gerencia Regional de Salud aceptase esta Recomendación, puede ser diversa: o bien, la resolución del recurso de reposición interpuesto por el Ayuntamiento de Valdepolo frente al Decreto 6/2002, de Demarcaciones Asistenciales, en el caso de que éste fuese el objeto del recurso, o bien la aplicación de la Disposición Adicional de este Decreto 6/2002, que ha sido modificada por el Decreto 13/2003, para que se reorganicen estas demarcaciones mediante Orden del Consejero de Sanidad y Bienestar Social.

Por ello, se produjo la siguiente resolución a la Gerencia Regional de Salud:

“1. Que se modifique el Decreto 6/2002, de 10 de enero, de Demarcaciones Asistenciales, en el sentido de crear una nueva demarcación asistencial en la Zona Básica de Salud “Ribera del Esla”, tanto médica, como de enfermería, en la que se integrarían localidades del municipio de Valdepolo, para así reducir el exceso de tarjetas sanitarias actualmente existentes en la Demarcación nº 4 de este municipio.

2. Que se colabore con el Ayuntamiento de Valdepolo, en el caso de que así lo solicite, de acuerdo con la normativa vigente, en la financiación de la construcción de los consultorios locales de las localidades de Valdepolo, Villalquite, Villamondrín de Rueda y

Villaverde de la Chiquita, pertenecientes a este municipio, al contar éstas con más de 50 habitantes de hecho”.

Esta resolución fue aceptada parcialmente por la Gerencia Regional de Salud, ya que no consideraba conveniente la creación de nuevas demarcaciones en la referida zona de "Ribera del Esla". Esta posibilidad fue valorada en el estudio previo a la delimitación de las Demarcaciones Asistenciales, y se consideró inadecuada su creación por tratarse de una Zona Básica de Salud con una población reducida (2.812 tarjetas sanitarias), correspondiendo a la demarcación asistencial de Valdepolo una población estimada en 1.170 tarjetas, cifra muy inferior a lo establecido como número óptimo en el RD 1575/1993, de 20 de septiembre, que contempla, hasta un máximo de 2.400 personas asignadas por facultativo de medicina general. Además, existen en la provincia de León, Demarcaciones Asistenciales de similares características a la de Valdepolo, en las que no se han apreciado deficiencias o problemas de asistencia ni por parte de los facultativos, ni por parte de la población, como las de Armunia, Cuenca del Bernesga y Santa María del Páramo.

Igualmente, la Gerencia Regional informa que en lo que se refiere a la colaboración con el Ayuntamiento de Valdepolo, en el caso de que así lo solicite, en la financiación de la construcción de los consultorios locales de Valdepolo, Villalquite, Villamondrín de Rueda y Villaverde de la Chiquita, el referido Ayuntamiento solicitó, al amparo de la Orden de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de 14 de diciembre de 2001, subvenciones

para los consultorios locales de Valdepolo y Villaverde de la Chiquita. Habiéndole sido concedidas las siguientes cantidades:

- 16.000 € para Valdepolo.

- 13.000 € para Villaverde de la Chiquita.

Las condiciones de las subvenciones concedidas exigen que las obras se realicen durante los ejercicios 2002 y 2003.

Además, el referido Ayuntamiento, al amparo de la Orden de 17 de diciembre de 2002, por la que se convocaron subvenciones para los consultorios locales, ha solicitado subvenciones para los de Villalquite y Villamodrín de Rueda, estando pendiente de resolución la referida convocatoria.

También hay que referirse a aquellas quejas que demandan la construcción de Centros de Salud en zonas urbanas: así, sucede en la **Q/2005/03**, relativa a la falta de un centro de salud específico en la Zona Universidad-Centro en la capital salmantina. Así, la consulta en ambas Zonas de Salud se están llevando a cabo en el Centro de Salud “Filiberto Villalobos”, sito en la Cuesta Sancti Spiritus, que corresponde a la Zona de La Prosperidad y que desde hace nueve años también está atendiendo a la Zona Universidad-Centro.

Sobre esta cuestión, ya se produjo un debate como consecuencia de una Proposición No de Ley en las Cortes de Castilla y León en sesión celebrada el día 1 de octubre de 2002 en la Comisión de Sanidad y

Bienestar Social, y que cristalizó en la siguiente resolución publicada en el *BOCCYL* de 15 de octubre de 2002, que se transcribe a continuación:

“Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León a:

- 1. Trasladar el Centro de Salud de la Zona Universidad-Centro a otro edificio y,*
- 2. Realizar las obras de construcción o adecuación del local de la Zona de Prosperidad dentro de un plazo máximo del año 2003”.*

Sin embargo, no se ha cumplido este compromiso en el año 2003, agravándose el problema de prestación sanitaria en esas zonas, al ser la estructura de dicho centro de salud completamente inadecuada, no pudiendo dar la calidad asistencial deseada, ya que, presuntamente, carece de ascensor, tiene una entrada cuya puerta abre hacia dentro, las escaleras son inadecuadas para el tamaño del centro público, carece de ventilación, hay una sala de espera insuficiente para los pacientes sin que esté a la vista la salida de emergencias, encontrándose en sus bajos un establecimiento de venta de colchones, habiéndose producido escritos de protesta ante el Ayuntamiento de Salamanca y la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Salamanca, sin que se haya efectuado todavía medida alguna.

Dicha queja se admitió a trámite, estando a la espera de recibir la información solicitada por parte de la Consejería de Sanidad y el Ayuntamiento de Salamanca.

Otra de las cuestiones que se han tratado en este año ha sido la información que se facilita a los usuarios de los servicios que se prestan en la atención primaria; así, a título de ejemplo, cabe citar la **Q/1118/02**, que se refiere a un ciudadano originario de la provincia de Burgos pero residente en el País Vasco, que acude frecuentemente a su localidad de nacimiento, y que observó en el Centro de Salud de Lerma, una Nota Interior pegada en el Tablón de Anuncios en el que se señalaban los criterios por los que se va a llevar a cabo la asistencia primaria en la provincia de Burgos. Así, se dice que el que necesite asistencia sanitaria vital, será siempre atendido, mientras el que necesite asistencia sanitaria primaria y resida fuera de esa localidad, deberá hacer la “cartilla de desplazado”, ya que si no, debe ser atendido por el médico de atención primaria de su lugar de residencia. El motivo de la queja hace referencia a la situación de los emigrantes de Castilla y León que residen habitualmente fuera de nuestra Comunidad Autónoma y que pasan los meses de verano en sus localidades de origen dentro de nuestra Comunidad y que, según el escrito de queja, precisan la cartilla de desplazado, cuando antes no era así.

Tras la información facilitada por la Gerencia Regional de Salud, esta Procuraduría en su estudio parte de las Instrucciones de 31 de enero de 1992, de la Subdirección General de Atención Primaria del Instituto

Nacional de Salud vigente, y aplicables en el Sistema Sanitario de Castilla y León, el usuario debe solicitar la cartulina de desplazado en el centro de salud de destino para la adscripción de médico en los desplazamientos temporales, entendiendo éstos como aquellos períodos de estancia superiores a tres meses e inferiores de un año (así, se deduce en el Documento nº 2 remitido desde la Gerencia de Atención Primaria de Burgos).

Sin embargo, si analizamos solamente la nota interior que -debemos recordar- fue la que leyó el autor de la queja, hace referencia a que *“A partir de la recepción de este escrito, todos los usuarios desplazados que soliciten la asistencia sanitaria en vuestro Centro de Salud, deberéis hacerles la cartulina de desplazamiento temporal, siempre que vengan fuera de Burgos capital y provincia (conforme a las instrucciones ya existentes para desplazamientos temporales). En caso de negativa por parte del usuario, se le asistirá cuando presente una urgencia vital. En el resto de los casos, se le remitirá al médico que conste en su tarjeta (de su provincia de origen).”*

Si se lee detenidamente el texto, no se dice en ningún momento que desplazados temporales son aquellos que se encuentren más de tres meses al año, ya que, en el Documento nº 2 que, de acuerdo con lo expuesto en el escrito de queja, no se encontraba expuesto a los usuarios del Centro de Salud de Lerma, *“si es inferior a tres meses, se considerará como desplazamiento por vacaciones o similar, en cuyo caso, no se realizará*

ningún trámite”. Por tanto, a juicio de esta Procuraduría, de la dicción literal de la nota interior expuesta, se entiende que toda persona que estuviese durante un fin de semana o un mes en un pueblo de la provincia de Burgos de vacaciones, debe obtener una cartulina de desplazamiento temporal, y, si no, debería acudir al médico en consulta de atención primaria a su lugar de residencia (País Vasco, Cantabria, otras provincias de Castilla y León).

Esta institución considera que la nota interior redactada por la Gerencia de Atención Primaria de Burgos es correcta y adecuada a la legalidad vigente, siendo loable y conveniente conocer el número de desplazados temporales para saber los recursos humanos y económicos que se deben dirigir a cada una de las Zonas Básicas de Salud y conocer el número de tarjetas de identificación sanitarias adscritas a cada facultativo.

Sin embargo, esta Procuraduría considera que este documento no debía haberse colocado en la fachada acristalada del Centro de Salud de Lerma, ya que, al no especificar el concepto de desplazado temporal, incurre en confusión de que esta cartulina es necesaria para todo veraneante y que las tarjetas sanitarias de otras Comunidades Autónomas no son válidas para la Comunidad de Castilla y León. Además, debemos tener en cuenta que en muchas pequeñas localidades de nuestra Comunidad Autónoma se encuentran durante los meses veraniegos numerosas personas que vuelven a sus localidades de origen desde sus ciudades de residencia, normalmente fuera de su provincia.

Además, se entiende que siempre debe aplicarse lo establecido en el art. 4 c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que recoge como derecho de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, “a recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa Comunidad Autónoma”.

En consecuencia, los usuarios tienen derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos, de conformidad con el art. 12 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, debiendo ser ésta comprensible para el conjunto de los ciudadanos.

Por ello, se emitió la siguiente resolución a la Gerencia Regional de Salud:

“1. Que, a juicio de esta institución, no debió exponerse a los usuarios del Centro de Salud de Lerma, la nota interior de 27 de marzo de 2002, de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos sobre desplazamientos temporales, al inducir a confusión ya que no se concretaba que la cartulina de desplazado era necesaria para

aquellos usuarios cuyo período de estancia fuese superior a los tres meses.

2. Que se facilite una información más comprensible y adecuada a los usuarios de los servicios de atención primaria de nuestra Comunidad Autónoma acerca de los requisitos de obtención de la cartulina de desplazamiento temporal para aquellos residentes en un período superior a los tres meses.

3. Que se indique expresamente que todas aquellas personas cuyo período de estancia fuese inferior a los tres meses, se considerará como desplazamiento por vacaciones o similar, sin que sea necesario ningún trámite adicional a la tarjeta sanitaria”.

La Gerencia Regional de Salud, aceptó dicha resolución, indicando que con la finalidad de subsanar los defectos en la información trasladada a los pacientes del Área de Salud de Burgos, se instará a la Gerencia de Atención Primaria para que comunique a todos sus Centros de Salud, que los casos de desplazamientos temporales por período inferior a tres meses, tienen la consideración de desplazamientos por vacaciones o similar y no será necesario realizar trámite alguno en relación con la tarjeta de desplazado.

Por último, mencionar las quejas que se refieren a la disconformidad con la asistencia sanitaria de los médicos de atención primaria a los pacientes; así, la queja **Q/1626/03**, que hacía referencia a la presunta mala asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias del

Centro de Salud de Peñaranda de Bracamonte, en la provincia de Salamanca. El autor de la queja, a las ocho y cinco de la mañana, solicitó los servicios de urgencias del Centro de Salud, siendo atendido telefónicamente por el facultativo que se encontraba de urgencias: al requerirle la sintomatología, éste dice que no es necesaria su visita. A pesar de la insistencia y de estar a 200 m. del Centro de Salud, el facultativo no acudió y le dijo que si tenía fiebre, tomase un “gelocatil” porque así se le pasaría. Posteriormente, a las 10 de la mañana le recibe su médico habitual quien le diagnosticó una tensión arterial de 9,5° junto a una deshidratación y una fuerte arritmia; por ello, requirió la presencia de una ambulancia para ser trasladado urgentemente al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, donde permaneció 24 horas en observación continua.

Por ello, presentó reclamación solicitando a la Gerencia del Área de Salud de Salamanca que sea sancionado el facultativo de urgencias por denegación de auxilio; tras ello, comparece ante la Inspección Médica el 11 de noviembre a tomarle declaración, sin que se supiera nada más.

Admitida la queja a trámite, respondió la Gerencia Regional de Salud, que la Gerencia de Salud de Área de Salamanca había ordenado a la Inspección de Servicios Sanitarios el inicio de un expediente de información previa, emitiendo éste el correspondiente informe relativo a las actuaciones practicadas y las conclusiones resultantes del citado expediente de información previa, por lo que se procedió la incoación y tramitación de

un expediente disciplinario por la presunta comisión de una falta grave. Por ello, se archivó esta queja al haber actuado correctamente la Administración.

2.2. Atención especializada

Dentro de la atención especializada, debemos tener en cuenta las quejas relativas a la asistencia ambulatoria especializada, como es el caso de la atención pediátrica, la salud buco-dental, etc.

En lo que respecta a la asistencia pediátrica, ha habido quejas relativas a la necesidad de un mayor número de pediatras en las Zonas Básicas de Salud; las razones son dos: una referida a municipios con un alto crecimiento demográfico, como la **Q/2097/03**, que se refiere a la necesidad de más pediatras en el municipio de Laguna de Duero, en la provincia de Valladolid, que es uno de los municipios con mayor crecimiento demográfico en las cercanías de la capital vallisoletana, y otra que se refiere a municipios situados en áreas periféricas de nuestra Comunidad Autónoma, como es la **Q/1194/03**, que se refiere a la deficiente asistencia pediátrica en la comarca de Sanabria, y que ya había dado lugar a la **OF/65/03**, a la que nos remitimos.

Igualmente, hemos de referirnos a la asistencia buco-dental: así, la **Q/1227/02**, que se refiere a la falta de financiación de un tratamiento de una agenesia congénita dentaria que precisa una reposición de las piezas ausentes en la mandíbula: por ello, entiende que es una enfermedad y no es

una operación quirúrgica de estética, sino el intento de una curación de la naturaleza congénita de la patología, estando a la espera de su estudio.

Otras quejas se refieren a la falta de tratamientos especializados por parte de los servicios sanitarios públicos: así, sucede en la **Q/1847/03**, que se refiere a la denegación del suministro de la hormona de crecimiento a un joven palentino de dieciséis años por parte de la Gerencia de Área de Salud de Palencia, a pesar de estar siendo tratado en la Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Por ello, se solicitó información a la Gerencia Regional de Salud en la que nos informa que, el Comité Asesor de la hormona de crecimiento había denegado su utilización, al entender que la entidad de disfunción neurosecretora ya no es considerada, por lo que no estima aconsejable su tratamiento.

En efecto, el Comité Asesor se encuentra regulado en la Resolución de 29 de marzo de 1989, del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) por el que se crea este Comité Asesor como órgano consultivo del Insalud sobre el uso correcto de estos productos; entre sus funciones, destaca:

“Informar y asesorar sobre la prescripción correcta de la hormona de crecimiento y sustancias relacionadas, para la cual dispondrá de todos los datos analíticos y diagnósticos necesarios”.

Por ello, el informe remitido desde dicho comité se encuentra dentro del ejercicio de sus competencias, sin que se haya producido ni una desviación de poder, ni una extralimitación de sus funciones.

Es cierto que existe una discrepancia médica entre el Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y el Comité Asesor dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ésta es una discrepancia por razones médicas que esta Procuraduría no entra a considerar al ser una cuestión meramente técnica.

El Comité Asesor es un órgano meramente consultivo. Sin embargo, éste es el sistema escogido por la Gerencia Regional de Salud para conceder este tratamiento, de acuerdo con el ejercicio legítimo de sus potestades discrecionales, y no puede ser misión de esta Procuraduría cuestionar criterios puramente médicos de tratamiento de esta enfermedad, como es el caso objeto de la presente queja, por lo que se procedió a su archivo.

Otros temas que han supuesto quejas son las relativas al tratamiento de nuevas enfermedades como es el caso de la fibromialgia: así, sucede en la **Q/1721/03**, que hace referencia a la presunta carencia de medios materiales y personales en la rehabilitación para el tratamiento de la fibromialgia en los Hospitales de la capital vallisoletana. En efecto, según el escrito de queja, se necesitaría un tratamiento rehabilitador continuo consistente en termoterapia, hidroterapia y balneoterapia caliente, estiramientos, relajación y ejercicios respiratorios y flexibilizadores, con

apoyo de un psicólogo. Asimismo, el autor de la queja entiende que serían necesarias la existencia de salas de rehabilitación continuadas en algún Centro de Salud por las tardes, ya que, aproximadamente, son más de 200 enfermos en Valladolid. Para ello, se solicitó información a la Gerencia Regional de Salud, estando pendiente de estudio por esta Procuraduría.

2.3. Atención hospitalaria

En este apartado, debemos referirnos, en primer lugar, a las quejas centradas en los servicios que prestan los distintos centros hospitalarios en nuestra Comunidad Autónoma. Así, la **Q/1174/02** que ya mencionamos en el Informe del año 2002, referida a la situación de la unidad de tratamiento de la enfermedad de la obesidad y de la obesidad mórbida en especial, del Hospital Comarcal de Medina del Campo, en la provincia de Valladolid. Según el autor de la queja, el Hospital Comarcal de Medina del Campo es el único, en donde se han operado pacientes mórbidos en nuestra Comunidad Autónoma con más de diez años de experiencia, siendo uno de los más prestigiosos del país: así, fue el primer hospital de España en aplicar técnicas de laparoscopia al tratamiento de obesidad mórbida, con el sistema de banda gástrica ajustable, a implantar posteriormente las técnicas de by-pass gástrico.

Admitida la queja a trámite, la Gerencia Regional de Salud, en primer lugar, facilitó el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en los centros hospitalarios hasta agosto del año 2002:

	AÑO INICIO CIRUGÍA BARIÁTRICA	Nº TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS
<i>H. N. Sra. de Sonsoles de Ávila</i>	1985	15
<i>H. General Yagüe de Burgos</i>	1998	44
<i>H. de León</i>	1994	25
<i>H. Universitario de Salamanca</i>	2000	15
<i>H. de Medina del Campo</i>	1995	91
<i>H. del Río Ortega de Valladolid</i>	1998	13

Igualmente, indicó que el Hospital Comarcal de Medina del Campo no dispone, en su configuración actual, de algunos de los requisitos - Servicio de endocrinología y nutrición, UVI, Unidad de Reanimación posquirúrgica de 24 horas, equipo multidisciplinar...- considerados por toda la Comunidad Científica -Agencias de Evaluación Tecnológicas, Sociedades Científicas, Instituto Nacional de la Salud de EEUU...- imprescindibles para la práctica de una cirugía de la obesidad con criterios de calidad, con independencia de la referida pericia técnica de los medios humanos del Servicio de Cirugía General.

Posteriormente, tras una solicitud de ampliación de información desde esta Procuraduría, la Gerencia manifestó que, “*tras un análisis pormenorizado de las recomendaciones emitidas por las diferentes Sociedades Científicas; de las características, cartera de servicios y dotaciones de los Hospitales de Castilla y León, y de la prevalencia estimada para nuestra Comunidad de pacientes obesos mórbidos*

subsidiarios de intervención quirúrgica, proponer la autorización de Unidades de Cirugía de la Obesidad en los siguientes Centros:

- Hospital General Yagüe de Burgos*
- Hospital de León*
- Hospital Universitario de Salamanca*
- Hospital del Río Hortega de Valladolid*

El ámbito de influencia de cada una de estas Unidades se refleja en la tabla siguiente:

<i>HOSPITAL</i>	<i>Ámbito de influencia</i>
<i>H. General Yagüe. Burgos</i>	<i>Burgos y Soria</i>
<i>H. de León</i>	<i>León y El Bierzo</i>
<i>H. Universitario de Salamanca</i>	<i>Salamanca, Ávila y Zamora</i>
<i>H. del Río Hortega Valladolid</i>	<i>Valladolid, Palencia y Segovia</i>

El Hospital Comarcal de Medina del Campo no se encuentra, por tanto, entre los Centros autorizados, por lo que se le ha asignado un centro de referencia que, en este caso, es el Hospital del Río Hortega de Valladolid. Esta decisión se fundamentó en la inexistencia en el Hospital de Medina del Campo de los Servicios o Secciones de Endocrinología, Psiquiatría, Nefrología, Unidad de Reanimación Postquirúrgica de 24 horas y Unidad de Vigilancia Intensiva; todos ellos considerados por el Grupo imprescindibles

para el funcionamiento de una Unidad de Cirugía Bariátrica con criterios de calidad”.

A la vista de los informes remitidos por la Gerencia Regional de Salud, se analizaron todos los aspectos que se plantean en relación con la queja, y que cabe enmarcarlos dentro de la regulación de la sanidad recogida en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la reciente Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación sobre el Sistema Sanitario de Castilla y León, junto al resto de normativa de desarrollo.

La cuestión objeto de queja, era la supresión del Hospital Comarcal de Medina del Campo como centro de referencia en el tratamiento de la obesidad mórbida, a pesar de ser éste el centro hospitalario que más intervenciones quirúrgicas ha realizado en nuestra Comunidad Autónoma desde su instalación (91), que supone más del doble que el siguiente, el Hospital General Yagüe de la capital burgalesa (45), siendo igualmente el segundo hospital en antigüedad en realizarla (desde 1992), tras el de la capital abulense que comenzó desde 1985, y que, a pesar de esta fecha de inicio, sólo había practicado 15 intervenciones quirúrgicas. Nos encontramos, por tanto, a juicio de esta Procuraduría, y de acuerdo con los datos remitidos desde la Gerencia Regional de Salud, en el centro hospitalario con mayor número de intervenciones quirúrgicas en enfermedades de obesidad mórbida y de mayor experiencia, antes del traspaso de competencias a nuestra Comunidad Autónoma.

Sin embargo, tras dicho traspaso de competencias, en reunión celebrada el día 21 de noviembre de 2002, se decidió definitivamente proponer como centros de referencia los Hospitales de General Yagüe de Burgos, León, el Universitario de Salamanca y el de Pío del Río Hortega de Valladolid, descartándose el Hospital de Medina del Campo por la inexistencia de los Servicios de Endocrinología, Psiquiatría, Nefrología, Unidad de Reanimación Postquirúrgica de 24 horas y la Unidad de Vigilancia Intensiva, a pesar del uso pionero de la técnica laparoscópica (by-pass gástrico) que sólo se daba además en el Hospital de León, pero con un menor número de intervenciones quirúrgicas practicadas (25), en comparación con el hospital medinense.

No corresponde en absoluto a esta Procuraduría enjuiciar los criterios médicos por los que la Gerencia Regional de Salud consideró, que el Hospital medinense no fuera centro de referencia en el campo de la cirugía bariátrica; sin embargo, el elemento clave en la presente queja es la definición que debe efectuarse de los hospitales comarcales existentes en nuestra Comunidad Autónoma: los Hospitales Santos Reyes de Aranda de Duero y de Santiago Apóstol de Miranda de Ebro en Burgos, el Hospital Comarcal del Bierzo en la provincia de León y el de Medina del Campo en Valladolid y el de Benavente en Zamora, y si éstos deben convertirse en unos centros hospitalarios subsidiarios de los hospitales situados en las capitales de provincia, o si éstos pueden convertirse en centros de referencia en la curación de determinadas enfermedades, cuando tengan la

suficiente experiencia para ello, como era el caso de la cirugía bariátrica en el caso que estamos analizando.

Los Hospitales Comarcales de nuestra Comunidad Autónoma se encuentran ligados, de conformidad con el art. 65 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, a un Área de Salud; en el caso del Hospital Comarcal de Medina del Campo, al Área de Salud de Valladolid-Este, y surgieron como vía para la asistencia especializada y el internamiento clínico de la población asentada alrededor de un núcleo comarcal, como es el caso de los habitantes de las Zonas Básicas de Salud de Alaejos, Íscar, Medina del Campo Urbana, Medina del Campo Rural, Olmedo y Serrada.

Los principios que rigen nuestro sistema sanitario, son los de autonomía y descentralización tanto en la atención primaria como nuestros hospitales: así, se recoge en la comparecencia del titular de la Consejería de Sanidad ante la Comisión Extraordinaria de Sanidad el 9 de septiembre de 2003, y publicado en el Diario de Sesiones de las Cortes de Castilla y León de la VI Legislatura (núm. 25). Allí, se indicaba la necesidad de “reforzar la autonomía de la gestión, la descentralización en la toma de decisiones y la corresponsabilidad en la prestación de la asistencia, compartida por profesionales y gestores.” Igualmente, se establecía como una línea concreta de actuación en el ejercicio de la política sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, “el desarrollo de una política de personal que estimule la motivación y el compromiso”. Por último, el art. 59.1 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, “la mejora de la

calidad en el sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas”.

En el caso concreto de esta queja, nos encontramos con una prestación sanitaria que, de conformidad con el principio de autonomía al que nos hemos referido en el párrafo anterior, se había desarrollado por parte del Servicio de Cirugía General del Hospital Comarcal de Medina del Campo mediante la implantación de la cirugía bariátrica que había determinado que éste fuese el hospital de nuestra Comunidad Autónoma con mayor experiencia en el número de intervenciones quirúrgicas practicadas. Igualmente, en la primera sesión del Grupo de Trabajo, se reconoce la existencia de una lista de espera quirúrgica en nuestra Comunidad Autónoma de 37 personas, más, tal como se dice, “A los anteriores, habría que añadir otros 41 pendientes, al parecer, de intervención en el Hospital de Medina del Campo”, siendo además, el Hospital que tenía una menor demora media quirúrgica de 49 días. Por lo tanto, a juicio de esta Procuraduría, se había implantado un sistema eficaz y eficiente en la intervención quirúrgica bariátrica y en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida en el Hospital Comarcal de Medina del Campo, de acuerdo con los datos facilitados por la Gerencia Regional de Salud, que debía haber sido tenido en cuenta por ésta en el diseño del mapa autonómico de tratamiento de obesidad.

Por supuesto que a esta Procuraduría no le corresponde el diseño del mapa autonómico hospitalario que es competencia de la Consejería de

Sanidad de la Junta de Castilla y León, pero considera que, de acuerdo con el principio de autonomía de los centros hospitalarios del sistema sanitario, los Hospitales comarcales ya existentes no pueden considerarse como subordinados al centro hospitalario de la capital de provincia, sino que debe contar con medios propios para el tratamiento hospitalario de los habitantes de las Zonas Básicas de Salud adscritas, en pie de igualdad con el resto de los Hospitales.

Además, esta Procuraduría ha tenido conocimiento que, como consecuencia de la decisión tomada por la Gerencia Regional de Salud, el responsable del Servicio de Cirugía General, en la actualidad, está realizando la técnica quirúrgica desarrollada en el Hospital Comarcal de Medina del Campo, en el centro privado hospitalario “Campo Grande” de la capital vallisoletana, además de haber presidido el III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Laparoscópica, celebrado en Valladolid durante el mes de octubre de 2003. Por lo tanto, la decisión de la Gerencia Regional de Salud, suprimiendo el Hospital Comarcal de Medina del Campo como centro de referencia en el ámbito regional, puede haber provocado la derivación de pacientes a la sanidad privada, siendo contrario –si es esto cierto- a los principios de eficacia, eficiencia y de aprovechamiento de los recursos humanos de nuestro sistema sanitario, para lograr así una calidad en la prestación sanitaria.

Por todo ello, se formuló desde esta Procuraduría la siguiente resolución:

“1. Que, al ser el Servicio de Cirugía del Hospital Comarcal de Medina del Campo, de acuerdo con los datos facilitados por la Gerencia Regional de Salud en su informe, el centro hospitalario con mayor experiencia en la intervención quirúrgica en el tratamiento de la obesidad mórbida, debía haber sido considerado también centro de referencia a nivel regional.

2. Que se vuelva a estudiar por parte de la Gerencia Regional de Salud dicha cuestión, para que el Servicio de Cirugía General del Hospital Comarcal de Medina del Campo, con el responsable que tenía vuelva a ser considerado centro de referencia, en el ámbito regional en el tratamiento quirúrgico de cirugía bariátrica para los enfermos de obesidad mórbida, de acuerdo con los motivos expuestos en la presente resolución”.

Esta resolución fue rechazada por la Consejería de Sanidad, indicando que no consideraba oportuno, por las razones ya expuestas, que el Hospital Comarcal de Medina del Campo fuese centro de referencia de cirugía bariátrica para los enfermos de obesidad mórbida.

Otra queja que es preciso mencionar es la **Q/2280/03**, referida a la demanda de un hospital comarcal en la localidad de Benavente, que sirva como centro de referencia en la atención hospitalaria para la comarca del norte y nordeste de la provincia de Zamora, estando dicha queja pendiente de estudio tras el informe de la Consejería de Sanidad.

Otro bloque de quejas se refiere a solicitudes de responsabilidad patrimonial como consecuencia de intervenciones quirúrgicas; así, en primer lugar, se debe citar la **Q/129/03**, que hace referencia a una presunta imprudencia médica cometida en el Hospital General de Segovia, como consecuencia de una intervención quirúrgica de cataratas en el mes de agosto de 2002, a un paciente que le provocó un desprendimiento coroideo en el ojo derecho.

Así, tras el informe facilitado por la Gerencia Regional de Salud, se partió de los siguientes hechos:

- El paciente es intervenido quirúrgicamente bajo anestesia tópica de una catarata en el ojo derecho en agosto de 2002, en el Hospital General de Segovia. Sin embargo, tras la facoemulsificación, el paciente realizó “involuntariamente” un apretón de párpados, rompiendo la cápsula posterior sin vitreorragia. Por tanto, por motivos ajenos al paciente, sin culpa ni negligencia por su parte, se produjo una lesión ocular.

- Tras la actuación del personal médico en el centro hospitalario, se le da alta hospitalaria al día siguiente, y se le indica nueva revisión tres días después. Sin embargo, en dicha revisión, se sospecha de la existencia de un desprendimiento coroideo, que posteriormente es confirmado.

- Se produjo una reclamación en el Servicio de Atención al Paciente en el Hospital General de Segovia en septiembre de 2002, que no es contestada hasta abril de 2003; por tanto, ha transcurrido un período de casi siete meses en su contestación, y tras la intervención de esta institución.

La cuestión clave a dilucidar es si la intervención quirúrgica producida el día 8 de agosto de 2002, en el Hospital General de Segovia determinó la lesión ocular consistente en un desprendimiento coroideo y, por tanto, si la Administración sanitaria incurrió en responsabilidad administrativa. El instituto de la responsabilidad administrativa se inicia en nuestro ordenamiento positivo, por los arts. 121 a 123 de la Ley de Expropiación Forzosa y por el art. 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 1957, y culmina con la consagración constitucional en el art. 106.2 CE: “Los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. Este artículo ha sido desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, modificada por Ley 4/1999, de 13 de enero.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial es necesaria la concurrencia de los siguientes requisitos:

- Efectiva realidad de un daño o perjuicio.
- El daño o lesión patrimonial ha de ser consecuencia del funcionamiento anormal o normal de los servicios públicos, con la existencia de nexo de causalidad.
- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño por su propia conducta.

De esta forma, de los hechos narrados, se dan los siguientes elementos definitorios de la responsabilidad patrimonial en esta queja:

- La lesión producida fue un desprendimiento coroideo y uveítis postoperatoria.

- La lesión sería imputable al Hospital General de Segovia, dependiente de la Gerencia Regional de Salud.

- La dificultad está en determinar el nexo causal, es decir, si estas lesiones se han producido como consecuencia de la intervención quirúrgica practicada en el hospital segoviano en el mes de agosto de 2002.

El criterio jurisprudencial ha cedido a una mayor objetivización de la responsabilidad patrimonial. De esta manera, se argumenta que todo paciente es consumidor o usuario de un servicio sanitario y que, por tanto, le sería aplicable el art. 26 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, que determina el verdadero carácter de la responsabilidad “Las acciones u omisiones de quienes producen, importan, suministran o facilitan productos o servicios a los consumidores o usuarios, determinantes de daños o perjuicios a los mismos, darán lugar a la responsabilidad de aquéllos, a menos que conste o se acredite que se han cumplido debidamente las exigencias y requisitos reglamentariamente establecidos y los demás cuidados y diligencias que

exige la naturaleza del producto, servicio o actividad.” Este criterio es recogido en las dos Sentencias, tanto la del TS, como en la del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de Pamplona, que estamos mencionando: Así, en el fundamento jurídico cuarto de esta Sentencia, se añade que “...sin que, en contra del parecer de la Sala de instancia, sea exigible a los demandantes la prueba indubitada del nexo causal entre la incorrecta praxis médica y la aludida minusvalía de su hija, cuando han acreditado suficientemente una serie de hechos circunstancias que permiten al juzgador emitir, con alto grado de acierto, su juicio sobre la existencia de la necesaria relación de causalidad entre la actuación del servicio público y el perjuicio sufrido”.

Esta Procuraduría no tiene elementos de juicio suficientes para determinar si todos los facultativos del Sistema Público de Salud han obrado conforme con las técnicas establecidas en los protocolos médicos. Sin embargo, cuando la reclamación se ha formulado contra la Administración sanitaria, la responsabilidad, de acuerdo con el art. 28 de la Ley General de Consumidores y Usuarios, tiende a objetivizarse, tal como hemos visto y se ha reconocido en jurisprudencia del TS, ya que en materia de responsabilidad y muy especialmente cuando su causa originadora se encuentra en complejísimos establecimientos asistenciales dirigida a la asistencia sanitaria de cada vez más amplios grupos de población para inquirir cuál pueda ser la de alguno o varios de sus miembros, se hace preciso acudir a una interpretación no sólo lógica sino también sociológica,

de los preceptos reguladores de dicha institución, sin olvidar el aporte de la equidad siempre conveniente. Asimismo, la jurisprudencia ha acudido a la denominada teoría de la “culpa virtual”, para determinar la responsabilidad hospitalaria y evitar una carga de la prueba “diabólica” para el presunto perjudicado.

De esta forma, se entiende que el mejor sistema para dilucidar la posible responsabilidad administrativa, es que se incoe el pertinente expediente de responsabilidad patrimonial, al tener indicios de que la intervención quirúrgica realizada pueda haber provocado la lesión ocular denunciada en este escrito de queja. Igualmente, se entiende desde esta institución, que éste es el procedimiento más adecuado para la presentación de las oportunas pruebas y alegaciones, tanto por el presunto perjudicado, como por parte de la Gerencia Regional de Salud, que ayudaría a fijar tanto la existencia del nexo causal, mediante la presentación de las pruebas pertinentes, como el daño causado, en el que no es preciso que se produzca un hecho dañoso concreto, sino que basta con los daños psicológicos, o con la denominada “pérdida de la posibilidad terapéutica”, al igual que los gastos que se hubieren ocasionado como consecuencia de la lesión ocular; además, este procedimiento de responsabilidad patrimonial es un requisito pre-procesal para poder acudir ulteriormente, en su caso, y si así lo considerase conveniente, a la vía jurisdiccional.

Así, en casos similares de retraso en el diagnóstico, se produjo una condena a la Administración sanitaria a la indemnización de la cuantía

correspondiente por una presunta responsabilidad patrimonial. De este modo, se ha reconocido en alguna sentencia al respecto como la STS, de 9 de diciembre de 1999, que determinó la condena a indemnización al Servicio Andaluz de Salud, con una pérdida de un ojo por un paciente como consecuencia de una sencilla operación de cataratas en el Hospital de Córdoba, al no poder facilitar explicaciones coherentes al respecto, y como consecuencia de las teorías ya expuestas anteriormente.

En este caso, ha quedado acreditada la lesión producida, según consta en el informe aportado por el autor de la queja, del Hospital Gregorio Marañón de septiembre de 2002. La determinación pericial de lo sucedido y el establecimiento concreto del nexo causal, debe producirse a lo largo del procedimiento de responsabilidad administrativa que, a juicio de esta Procuraduría, debe incoarse de oficio por parte del órgano competente de la Gerencia Regional de Salud. Es éste el procedimiento establecido por nuestro ordenamiento jurídico dónde puede determinarse la existencia o no de una presunta responsabilidad patrimonial, y donde las distintas partes pueden presentar sus alegaciones y los informes periciales contradictorios, en su caso, para poder determinar o no su existencia.

Por último, y muy brevemente, hemos de recoger el hecho de la excesiva dilación temporal en la contestación efectuada por el Servicio de Atención al Paciente del Hospital General de Segovia, a la reclamación interpuesta por el paciente, tal como ha reconocido la Gerencia Regional de Salud en su informe. En dicho momento, no había una regulación propia

autonómica al respecto, como hay, en la actualidad, con el Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las Guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario, que ha establecido un plazo general de treinta días naturales; sin embargo, el plazo de contestación de siete meses es a todas luces excesivo. Por ello, esta institución insta a la Gerencia Regional de Salud para que, por parte del Servicio de Atención al Paciente del Hospital General de Segovia, se tomen las medidas pertinentes para evitar dilaciones excesivas como la sucedida con la contestación a la reclamación efectuada.

De esta forma, se formuló la correspondiente resolución:

“1. Que se acuerde la incoación de oficio por parte del órgano competente, del oportuno expediente de responsabilidad administrativa, para dilucidar si se ha incurrido en un supuesto de responsabilidad patrimonial por parte de la Gerencia Regional de Salud, en la asistencia sanitaria prestada en el Hospital General de Segovia, y fijar, en su caso, la cuantía indemnizatoria.

2. Que por parte de la Gerencia Regional de Salud se tomen las medidas pertinentes para que, en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital General de Segovia se eviten dilaciones excesivas, como la sucedida con la contestación a la reclamación efectuada”.

Dicha resolución fue aceptada por la Gerencia Regional de Salud, indicando que se había incoado expediente de responsabilidad patrimonial a instancia de parte.

Otra queja, la **Q/178/03**, se refiere a la tardanza en la tramitación de un expediente de responsabilidad patrimonial, como consecuencia de una caída en la Unidad de Agudos del Hospital Rodríguez Chamorro de la capital zamorana. Así, tras la recepción del informe de la Gerencia Regional, se acredita que el paciente había sido ingresado en dicho centro hospitalario en abril de 2001, como consecuencia de una crisis depresiva. Durante su estancia en el centro hospitalario, había sufrido mejoras y recaídas en el tratamiento depresivo. Sin embargo, en junio, el paciente se precipitó supuestamente desde la ventana de la sala de limpiezas de la Unidad de Agudos del Hospital Provincial al exterior, causándole, de acuerdo con el informe de la Inspección Médica mencionado, *“fractura de ambas rótulas y TCE con hemorragia subabracnoidea (TAC craneal)”*, derivándose por ello durante 48 horas al Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Vega de Salamanca. En el regreso, se le observa signos compatibles de insuficiencia renal y hepática, siendo tratado en el Hospital Virgen de la Concha de Zamora. Posteriormente, es tratado por dolores en el Servicio de Traumatología de dicho Hospital. Como consecuencia de la mejora en el trastorno depresivo, se le da de alta hospitalaria en octubre de 2001, solicitándole una plaza de estancia temporal en la Residencia Mixta de Benavente.

Por estos hechos, según el autor de la queja, se interpuso en el mes de junio de 2002, reclamación de responsabilidad patrimonial el representante del paciente frente a la Administración autonómica, sin que, por el momento, se haya resuelto todavía esta reclamación por el órgano competente. El instituto de la responsabilidad administrativa se inicia en nuestro ordenamiento positivo por los arts. 121 a 123, de la Ley de Expropiación Forzosa, y por el art. 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 1957, y culmina con la consagración constitucional en el 9.3 CE, que garantiza la responsabilidad de los poderes públicos, concretándola respecto del poder Ejecutivo en el art. 106.2 de la misma: “Los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. Este artículo ha sido desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, modificada por Ley 4/1999, de 13 de enero.

Desde un punto de vista meramente formal, recordar que el procedimiento de responsabilidad patrimonial establece en el RD 429/1993 citado, un plazo de seis meses para resolver dicho procedimiento, salvo que se acuerde por el instructor del procedimiento un plazo extraordinario de prueba; en el caso de que no se resuelva en ese plazo, se podrá entender

desestimado. Sin embargo, esto no basta para que se incumpla la obligación de resolver que tiene la Administración Pública, establecida en el art. 42 de la Ley 30/92.

En este caso concreto, el plazo temporal establecido ha sobrepasado con mucho el límite marcado en la norma jurídica, ya que todavía no se ha resuelto este procedimiento por la Administración sanitaria, con el consiguiente perjuicio para la seguridad jurídica y la satisfacción de los intereses de la reclamante. Debemos reiterar lo ya expuesto por esta Procuraduría en repetidas ocasiones, la necesidad de la obligación de resolver de forma expresa todos los procedimientos, para cumplir lo establecido en la Ley 30/92, debiendo pronunciarse sobre el fondo del asunto, sin que sea el silencio administrativo la forma normal de terminación de expedientes.

Desde un punto de vista material, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial, es necesaria la concurrencia de una serie de requisitos que han sido establecidos por la reiterada jurisprudencia del TS, entre las que cabe destacar la Sentencia de la Sala Tercera del TS, de fecha 4 de noviembre de 1997: “Esta Sala tiene reiteradamente declarado que los presupuestos de la responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas (...) son, como reiteradamente ha expuesto la jurisprudencia, que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar y que sea real, concreta y susceptible de evaluación económica, que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia

del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y que, por tanto, exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, y no sea ésta consecuencia de un caso de fuerza mayor”.

En este supuesto, se ha de analizar si la Administración sanitaria es responsable de la custodia del enfermo durante su estancia en el Hospital Provincial de Zamora, para así evitar que éste se arrojase por la ventana. Este caso se encuadraría en la responsabilidad cuasiobjetiva que establece el art. 1903 del Código Civil no sólo de sus actos, sino también respecto de aquellas personas de quienes deba responder, cesando ésta cuando se pruebe que ha actuado con “la diligencia de un buen padre de familia para evitar el daño”. La jurisprudencia al respecto es clara en el sentido de la responsabilidad del centro hospitalario en una culpa “in vigilando” de los enfermos sometidos a tratamiento psiquiátrico que se encuentren bajo su custodia; así, la STS, de 9 de junio de 1998, declara que “el art. 1903 del Código Civil, que en efecto, entraña una responsabilidad directa, no está subordinado en su aplicación a la previa determinación e individualización de un responsable dependiente que, con su actuar culposo o negligente, sea deudor con el empleador o empresario de una indemnización solidaria”.

En este caso, los informes de la Gerencia Regional como de la Inspección Médica, reconocen que el paciente se arrojó por la ventana de la sala de limpieza de la Unidad de Agudos, ubicada en la planta baja, “siendo esta la única ventana que en esa fecha no disponía de sistema de bloqueo de

apertura”. Por tanto, existe una actuación negligente por parte del centro hospitalario, al ser ésta la única ventana sin bloqueo de apertura; este mecanismo, tal como parece reconocer implícitamente la Gerencia Regional, hubiera imposibilitado físicamente el hecho que está siendo objeto de esta resolución. Así, un supuesto similar fue enjuiciado recientemente en la STS, de 11 de noviembre de 2002, con respecto de una reclamación contra el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, por fallecimiento de un paciente al caer desde una ventana practicable. En dicha sentencia, se condena al Hospital por una falta de vigilancia, sin que sea preciso y necesario la determinación concreta del personal que incurrió en una conducta imprudente. En el fundamento de derecho primero se establece que: “Resulta evidente -conforme a la sentencia recurrida- que, aunque no logre determinarse con exactitud qué personal, en concreto, incurrió en la conducta imprudente, y se descarte la del personal sanitario demandado, el estado del paciente ingresado por una enfermedad psiquiátrica, y dadas las anómalas reacciones que suelen acompañar tal tipo de enfermedades, exigía una vigilancia hospitalaria, añadida, a la que, ya de por sí, requiere todo paciente hospitalizado y así como la adopción de todas las medidas necesarias, para evitar cualquier daño que pudiera producirse asimismo o a terceros, las que, desde luego, no se habían adoptado como lo revela el hecho de que no fuera sino, con posterioridad a la ocurrencia de los hechos enjuiciados, que las ventanas de las habitaciones se reformaran para hacerlas impracticables, por lo que, en definitiva, ha de calificarse culposa o negligente tal actuación al consistir la culpa o negligencia en la

omisión de la diligencia exigible, cuyo empleo podría haber evitado el resultado dañoso”.

En este caso, no hubo la suficiente vigilancia sobre el paciente: así, analizando la copia de las Hojas de Enfermería del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial aportadas por el autor de la queja, en la Nota referida al día 6 de junio por la mañana, poco antes de que sucedieran los hechos, se dice *“Está muy delirante con ideación de vida y muerte. ¡vigilancia extrema!”*. Sin embargo, se arrojó por la única ventana que en esa fecha no disponía de sistema de bloqueo de apertura, y había traspasado la línea roja que delimita la zona de salida de la sala de estar, sin haber sido advertido por el vigilante de seguridad que estaba en el centro. A juicio de esta Procuraduría, existe un defecto, tanto en la falta de vigilancia hacia ese paciente, como en lo que respecta a que esa ventana no disponía de sistema de bloqueo, a pesar de que fuese la única y existiese una línea roja que determine la prohibición de paso.

Así, en el fundamento jurídico segundo de la Sentencia mencionada de noviembre de 2002, se toma en cuenta el conjunto de deficiencias del “centro” para establecer el nexo causal con aquél y el título de imputación que se extiende a la propia entidad, aunque no figuren especificados los agentes concretos que contribuyeron al mismo.

La responsabilidad es directa y se debe atribuir a la Gerencia Regional de Salud; así, en dicha Sentencia se dice que “la jurisprudencia de esta Sala tiene declarado que la responsabilidad del art. 1903.4 del Código

Civil, con referencia a entidades gestoras o titulares de hospitales es directa, cuando se advierten deficiencias imputables a la asistencia masificada que dispensan con imposibilidad de ejercer un absoluto y preciso control de la actuación profesional y administrativa del personal que presta sus servicios en los mismos”. La STS, de 10 de diciembre de 1997, con respecto a un supuesto de defectuosa asistencia sanitaria no susceptible de individualización considera imputable al Insalud -ahora la Gerencia Regional de Salud-, “como responsable en último grado de los defectos y negligencias en el funcionamiento de las actividades hospitalarias, y en la actuación profesional del personal sanitario dependiente del mismo, ya sea por culpa, ya sea por insuficiencia de medios, cuando resulten daños y perjuicios en las personas asistidas en los casos que dependan del mismo”.

En el caso de que la Gerencia Regional de Salud entienda que también ha habido un defecto en la vigilancia por parte de la seguridad contratada, podría repercutir la responsabilidad que se señale, pero sin que suponga una exención de la responsabilidad de la Administración sanitaria.

Por tanto, de esta forma, a juicio de esta Procuraduría, se dan todos los elementos definatorios de la responsabilidad patrimonial en el caso de la caída del paciente:

- La lesión producida fue la fractura de ambas rótulas y la hemorragia subaracnoidea, que ha determinado que en la actualidad, tal

como ha reconocido la Gerencia Regional de Salud, el paciente sufra una cojera que le obliga a deambular con bastones.

- La lesión sería imputable sería al Hospital Provincial “Rodríguez Chamorro” de la capital zamorana, dependiente de la Gerencia Regional de Salud.

- El nexo causal fue la falta de vigilancia del personal sanitario y del de seguridad, y la existencia de una ventana sin sistema de bloqueo de apertura en la Unidad de Agudos, aunque fuese en el cuarto de limpieza y estuviese colocada una señal de prohibido el paso para los pacientes.

Por ello, la Administración sanitaria se encuentra obligada a resolver la solicitud de responsabilidad patrimonial, y ésta debe resolverse en sentido favorable a lo solicitado de acuerdo con lo ya expuesto. Sin embargo, no corresponde, en absoluto, a esta Procuraduría la fijación de la cuantía indemnizatoria favorable al recurrente, sino que se debe determinar en la resolución de este expediente de acuerdo con los datos que disponga la Administración y lo aportado por el recurrente.

Por ello, esta institución efectuó la siguiente resolución:

“1. Que, se continúe con la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial en sentido favorable, y se resuelva por parte del órgano competente de la Gerencia Regional de Salud de manera favorable a las pretensiones del solicitante, al presentar en la actualidad una cojera que le obliga a deambular con bastones,

como consecuencia de la caída producida en el Hospital Provincial “Rodríguez Chamorro” de la capital zamorana, como consecuencia del conjunto de deficiencias del centro hospitalario, debido a la falta de vigilancia del personal sanitario y del de seguridad, y la existencia de una ventana sin sistema de bloqueo de apertura en la Unidad de Agudos.

2. Que, se debió haber tramitado este expediente de responsabilidad patrimonial en el plazo de seis meses establecido en el RD 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, para así evitar una dilación indebida que perjudique el posible derecho de la recurrente”.

Esta resolución fue aceptada, informando que se van a realizar los trámites necesarios a fin de acordar con el interesado la terminación convencional del procedimiento mediante acuerdo indemnizatorio.

2.4. Listas de espera

Las listas de espera suponen uno de los problemas fundamentales del sistema sanitario público de carácter universal, como es el existente en nuestro país, y por lo tanto, en nuestra Comunidad Autónoma; éste es uno de los obstáculos fundamentales para que pueda realizarse el derecho a la protección efectiva de la salud establecido en el art. 43 CE. Estas listas

pueden referirse tanto a la atención especializada, como a la atención hospitalaria, fundamentalmente en intervenciones quirúrgicas.

En primer lugar, referirnos a la contestación que ha efectuado en este año a la resolución se formuló, y que quedó constancia en el informe del año 2002 presentado a las Cortes de Castilla y León en la **Q/90/02**. Así, esta queja se refería a la existencia de una amplia lista de espera en el Complejo Hospitalario de Salamanca, habiendo efectuado la siguiente Resolución:

“1.- Que en el Complejo Hospitalario de Salamanca se centralice la gestión de las listas de espera en una Unidad de Admisión, de acuerdo con los criterios de prioridad marcados por los distintos Servicios Hospitalarios, en vez de que la gestionen ellos directamente; de esta forma, se lograría un uso más racional y eficaz de la infraestructura hospitalaria, y una mejor coordinación entre lo distintos Servicios Hospitalarios y entre Atención Primaria y Especializada, que permita reducir el número de pacientes pendientes de cita en consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas.

2.- Que se incrementen, en la medida de las disponibilidades presupuestarias, los medios personales y materiales del Complejo Hospitalario de Salamanca, para reducir las listas de espera en consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas y así evitar que existan pacientes con una demora superior a los 60 días.

3.- Que se incrementen, en la medida de las disponibilidades presupuestarias, los medios personales y materiales del Complejo Hospitalario de Salamanca, para reducir las listas de espera en intervenciones quirúrgicas programadas y así poder alcanzar más fácilmente los objetivos programados en los Planes Anuales de Gestión.

4.- Que se establezca un tiempo máximo de listas de espera para cada una de las especialidades, como criterio de calidad de gestión del servicio hospitalario, siendo facilitada esta información a los usuarios, para otorgarles un mayor protagonismo y capacidad de decisión y promover así una información adecuada y transparente”.

Esta resolución fue aceptada por la Gerencia Regional de Salud en los términos que se transcriben a continuación:

“Por lo que se refiere al primer punto se acepta la resolución emitida, no obstante se advierte que la centralización de la gestión de la lista de espera para la realización de TAC y RMN se demorará más en el tiempo que para el resto de las pruebas diagnósticas, dadas las dificultades técnicas existentes en este momento.

Los puntos segundo y tercero de la resolución se aceptan en todos sus términos.

Por lo que se refiere al punto cuarto la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, establece, en su disposición adicional segunda:

"Los usuarios del Sistema de Salud de Castilla y León tienen derecho a que las prestaciones sanitarias de atención especializada programadas y no urgentes les sean dispensadas dentro de unos plazos máximos previamente definidos y conocidos, en los términos y condiciones que se establezcan reglamentariamente.

El desarrollo reglamentario de estos derechos especificará:

- Los mecanismos de formalización y difusión general de los plazos máximos establecidos para cada procedimiento. Dichos mecanismos deberán tener una periodicidad anual.*
- Los procedimientos necesarios para otorgar seguridad jurídica a la fecha del inicio de los plazos máximos establecidos y para que los pacientes tengan constancia escrita de la misma.*
- Los mecanismos dirigidos a garantizar el derecho mediante la oferta de centros alternativos para la realización de las correspondientes prestaciones”.*

La Disposición Final Primera de la Ley fija un plazo máximo de doce meses para desarrollar reglamentariamente lo dispuesto en la misma.

Por tanto, el punto cuarto de la resolución se acepta pero con arreglo a lo dispuesto en la Ley, es decir, el establecimiento del tiempo máximo de listas de espera se realizará por procedimiento y no por especialidades como se indica en la resolución.”

Esta Procuraduría se congratula de la aceptación de esta resolución y espera que sirva para la mejora del servicio sanitario hospitalario en la provincia salmantina.

Uno de los temas más frecuentes y que más ha preocupado a ciudadanos de Castilla y León, ha sido las listas de espera referidas al tratamiento de fecundación *in vitro*, y los motivos de denegación o inclusión de estas listas, como fue el caso de la **Q/1549/02**. Esta queja se refiere a los problemas de fecundación de una pareja residente en la capital leonesa, por la que el marido se había practicado una vasectomía hace diecinueve años por motivos médicos y cuando estaba casado con otra persona. En el año 1999, se intentó solucionar con dos operaciones de reconducción realizadas por el Servicio Navarro de Salud, resultando ambas infructuosas. Una vez en León retomó la iniciativa en el Servicio de Infertilidad del Hospital Princesa Sofía de la capital leonesa, pero al no contar con los medios necesarios para solucionar esta caso, se le indicó la posibilidad de acudir al Instituto Valenciano de Infertilidad por lo que solicitaron ser incluidos en el concierto que se tiene con este Instituto; se denegó esta posibilidad alegando que el origen de la infertilidad era una vasectomía del varón.

Se admitió la queja a trámite por la Gerencia Regional de Salud informando que la causa de dicha esterilidad era “secundaria a vasectomía”. Los tratamientos alternativos propuestos fueron “fecundación *in vitro*-ICSI o inseminación artificial con semen de donante”. Estas técnicas no estaban disponibles en el hospital de León, por lo que se propuso la derivación a otro centro que dispusiera de ellas; sin embargo, no figura en el expediente ninguna referencia al Instituto Valenciano de Infertilidad, centro que por otro lado es de propiedad privada y sin concierto con Insalud en 2001. El tratamiento en los centros hospitalarios públicos fue denegado al tener prioridad absoluta la esterilidad primaria sobre la secundaria (con hijo sano), y así se hizo por la Gerencia de Área de Salud de León, siendo el motivo de la denegación el siguiente que paso a transcribir: *“la causa por la que deseaban someterse a un tratamiento de fecundación in vitro es la esterilidad masculina causada por haberse realizado en 1980 una vasectomía, procedimiento quirúrgico no curativo, demandado por usted en su día y que constituye una técnica de esterilización irreversible a la cual se ha sometido libre y voluntariamente”*.

Analizando esta cuestión, esta Procuraduría debe partir del RD63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que incluye dentro de los servicios y prestaciones en la atención especializada establecidos en el punto 3.5 del Anexo I “el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad”, tal como reconoce

la Gerencia Regional en su informe. Se trata de una norma jurídica que intenta sistematizar las prestaciones sanitarias a las que todo usuario de la sanidad pública tiene derecho de conformidad con el art. 43 CE que garantiza el derecho a la protección de la salud. La Gerencia Regional de Salud indica como uno de los criterios para asegurar la equidad de los recursos sanitarios, que el tratamiento se centre en aquellos supuestos en los que ésta no sea consecuencia de una acción voluntaria, como es el caso de la vasectomía, sino como consecuencia de una acción involuntaria o enfermedad imposibilitante de la procreación. Por ello, se denegó la financiación de dicho tratamiento y la autorización para acudir al Instituto Valenciano de Infertilidad por parte de la Gerencia de Salud de las Áreas de León y El Bierzo.

Sin embargo, esta Procuraduría no está de acuerdo con el criterio restrictivo utilizado por la Gerencia Regional, ya que el término prioridad no puede suponer exclusión de la prestación señalada; en efecto, según el Diccionario de la Real Academia Española, prioridad significa “Anterioridad de algo respecto de otra cosa, en tiempo o en orden”; con el criterio señalado por el Grupo de interés de reproducción humana asistida, es admisible que dentro de las listas de espera para la técnica de Fecundación In Vitro (FIV-ICSI) que desarrolla el Hospital Clínico de Valladolid, único centro hospitalario de nuestra Comunidad Autónoma por el momento, tengan prioridad los casos de esterilidad masculina primaria sobre la secundaria, pero ello no puede suponer, en absoluto, una exclusión

que supone una denegación del acceso a esa prestación reconocida en el Real Decreto mencionado. Además, en el escrito de queja, se informa que había tenido dos intentos en el año 1999 en el Servicio Navarro de Salud sin éxito, de lo que se deduce que había tenido financiación pública de la Comunidad Foral Navarra donde residía entonces.

En efecto, el motivo de denegación de esta prestación era porque la esterilidad masculina se había realizado una vasectomía de forma libre y voluntaria en 1980; sin embargo, según el autor de la queja, ésta se había producido por motivos médicos. Además, en este caso, se debe tener una circunstancia importante y definitoria, como es el hecho del nuevo matrimonio que determinaba el hecho de querer tener hijos con su nueva pareja. En efecto, la Administración sanitaria debe tener en cuenta la existencia de una nueva realidad social como es el hecho de la disolución del matrimonio, que ya fue institucionalizado en la Ley de 7 de julio de 1981 que reformó el Código Civil, y las nuevas parejas que se forman con su deseo establecer una familia. Así, en la actualidad, casi la mitad de las uniones matrimoniales se disuelven, por lo que no cabe discriminar a todos aquellas hombres que en un momento de su vida decidieron como método anticonceptivo realizar una vasectomía y que, tras la ruptura de esta relación y ante una nueva unión, pretendan tener un hijo.

Es cierto, por tanto, que esta pareja no debió dirigirse directamente al Instituto Valenciano de Infertilidad, sino que debió solicitar dicho tratamiento en el centro hospitalario de referencia, el Hospital Clínico

Universitario de Valladolid, y luego, de acuerdo con las listas de espera, le podrían haber derivado a un centro privado concertado. Pero, la existencia de dicho criterio restrictivo le impidió el acceso a la prestación sanitaria de tratamiento de la infertilidad. En conclusión, esta Procuraduría estima que es preciso modificar el criterio expuesto por la Gerencia Regional de Salud en su informe en cuanto a su interpretación del RD 63/1995, de 20 de enero, de los tratamientos de fecundación *in vitro* y adaptarlo a la realidad familiar cambiante en nuestro país en un contexto de apoyo a la natalidad necesaria en una Comunidad Autónoma tan despoblada como la nuestra, en el sentido de lo expuesto por la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades en su comparecencia ante las Comisión correspondiente de las Cortes de Castilla y León exponiendo el programa de la VI Legislatura: “Debemos favorecer que los ciudadanos puedan tomar la decisión, desde la libertad, de ampliar el número de los miembros de su familia”. Por tanto, este criterio puede ser válido en lo referente a la prioridad, pero sin que suponga una exclusión de supuestos como los descritos en esta queja que determina de hecho un obstáculo insalvable al derecho a la protección de la salud consagrado en el art. 43 CE.

Por ello, se efectuó la siguiente resolución:

“1. Que en su momento se debió haber derivado el tratamiento de fecundación in vitro (FIV-ICSI) solicitado al Hospital Clínico Universitario de Valladolid, al ser éste el centro hospitalario de referencia del Sistema Regional de Salud.

2. Que no se interprete el criterio de prioridad absoluta expuesto en el sentido expuesto en el informe de la Gerencia Regional de Salud, ya que supone una limitación del acceso de los ciudadanos a la prestación sanitaria de tratamiento de la infertilidad establecido en el punto 3.5 del Anexo I del RD 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud”.

Tras ella, la Gerencia Regional de Salud indicó que la aceptaba parcialmente, ya que por lo que se refiere al apartado 1, y por los motivos expuestos en la resolución denegatoria del tratamiento, consideraba que no procedió la derivación de esta pareja al Clínico Universitario de Valladolid para recibir el tratamiento solicitado, ya que el propio interesado no facilitó los datos relativos a si la vasectomía se le realizó por motivos terapéuticos, ni acreditó si tenía o no hijos sanos, datos éstos, determinantes a la hora de reconsiderar la denegación acordada. En lo que respecta al apartado segundo, en los próximos meses está prevista la conclusión del trabajo del grupo de expertos constituido al efecto, y estará definida la estructura regional de la Reproducción Humana Asistida, así como los criterios normalizados de actuación en este ámbito.

Otras veces las quejas se refieren, no tanto a la inclusión de unas personas en las listas de espera para realizar una prueba o intervención tal como hemos visto, sino a la tardanza en la práctica de una intervención quirúrgica como sucedió en la **Q/1505/03**, relativa al retraso en la

intervención quirúrgica de una operación de cadera en el Hospital Clínico de Valladolid a un paciente de 85 años de edad. A éste se le había roto la cadera en el mes de febrero del año 2003, siendo intervenido de urgencia en esa fecha en el hospital vallisoletano. Posteriormente, en el mes de mayo, se indicó que el elemento metálico que le habían colocado estaba suelto y que había que quitárselo, y que se realizaría con cierta urgencia, encontrándose a mediados de junio todas las pruebas previas a la operación realizadas.

Desde esta fecha, según el escrito de queja, no tiene ninguna noticia de cuándo iba a ser intervenido, habiendo presentado diversos escritos ante la Consejería de Sanidad, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y el Director Médico del hospital. Según el autor de la queja, se deduce que en ese hospital, desde el día uno de junio hasta el uno de septiembre, en traumatología sólo se atienden urgencias, mientras este señor se encuentra desde el mes de febrero en silla de ruedas.

Admitida la queja a trámite, la Gerencia Regional informa que el paciente se encontraba en lista de espera desde mayo de 2003 para practicar extracción de los dispositivos de osteosíntesis colocados en una intervención previa, siendo intervenido en el mes de septiembre de ese año de forma exitosa. Igualmente indica que el tiempo de espera en intervenciones quirúrgicas es variable en función de cada traumatólogo, pero se sitúa al máximo en 6 meses. Además, no es cierto que exista anulación de la cirugía programada durante los meses de junio hasta

septiembre, sino que se encuentra condicionada en mayor medida por la presión de procesos clínicamente urgentes, ya que coincide con el disfrute del período vacacional reglamentario del personal sanitario.

Por ello, esta Procuraduría procedió a comunicar al autor de la queja lo referido por la Gerencia Regional de Salud, archivando dicho expediente al haberse producido la intervención demandada.

2.5. Derechos de los pacientes

En el presente apartado, se hace referencia a los derechos que en el ámbito sanitario se reconocen a los pacientes de la Sanidad Pública, que están recogidos de forma genérica en el art. 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y que ha sido sustituido parcialmente por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica, reguladora de la autonomía del paciente, y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que entró en vigor a mediados de mayo de 2003, y por la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud.

Así, en el informe del año pasado, se hizo mención de la queja **Q/577/02**, relacionada con el derecho de libre elección del paciente de los médicos de Atención Primaria; en esta queja, se hace alusión a las presuntas trabas que se están dando en la libre elección de médico de Atención Primaria en el Área de Salud Oeste de la provincia de Valladolid. En el contenido de la queja, se denuncia que se les exige a los pacientes

que solicitan un médico de atención primaria fuera de su Zona Básica de Salud, que demuestren testificalmente que viven en esa zona y si no viven, se envían sus datos a la Gerencia, y desde allí, se les remite o no al médico para que dé su conformidad a la libre aceptación. Igualmente, se observa que no se ha recogido esa libertad de elección a la hora de determinar las Demarcaciones Asistenciales en las Zonas Básicas de Salud establecidas en el Decreto 6/2002, de 10 de enero, ni tampoco se reconoce al médico esa dispersión.

Tras la información recibida por la Gerencia Regional de Salud, se estudió dicha cuestión, teniendo en cuenta, además de la normativa señalada, el RD 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de Médico en los Servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de Salud y la Circular 7/1993 del Insalud, todavía aplicable a nuestro Sistema de Salud.

Según el autor de la queja, este criterio no se ha seguido siempre; ya que, como consecuencia de la reorganización de las Zonas Básicas de Salud en la capital vallisoletana, enfermos que se encontraban adscritos en el Centro de Salud de la Plaza del Ejército, han sido reasignados a otras Zonas Básicas sin su consentimiento. Sin embargo, la Gerencia nos contestó que, mediante la Orden de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de 8 de marzo de 2000, que conllevó la reordenación sanitaria de las Zonas Básicas Urbanas “Esperanto”, “Arturo Eyries” y “Sur” de Valladolid, provocando una necesaria modificación de las asignaciones de

médicos, para mejorar la calidad y eficacia de la asistencia sanitaria equiparando los cupos de los distintos facultativos.

La Gerencia de Atención Primaria entiende que uno de los objetivos de Atención Primaria es prestar una atención próxima a los usuarios, y a sus domicilios. Así se pretende que los usuarios estén adscritos al Centro de Salud que les corresponda, porque favorece la organización del trabajo y la atención integrada, de acuerdo con la Ley General de Sanidad. Por ello, se dice que en el caso concreto de un médico de atención primaria concurre la circunstancia de que el 50% de su cupo reside en una Zona Básica de Salud diferente a la de Esperanto; para el Gerente de Atención Primaria *“esta situación genera numerosos problemas, ya que dificulta la atención de avisos de urgencia domiciliaria y entorpece la labor ordinaria de atención domiciliaria, al tener que realizar grandes desplazamientos por parte del equipo de Atención Primaria”*. De esta manera, se llevó a cabo una reordenación de la asignación de usuarios, con el acuerdo de las asociaciones de vecinos y de los Equipos de Atención Primaria, contando solamente con la oposición de dicho médico, finalizando dicha comunicación con la petición de reconsideración de su postura, para mejora de la atención al ciudadano.

Examinando la legislación vigente, el RD 1575/1993 establece en su art. 1, como principio general, el derecho a la libre elección de médico general y pediatra tomando como referencia el Área de Salud: en Valladolid, dependiente de la Gerencia de Atención Primaria Valladolid-

Oeste, como Zonas Básicas de Salud Urbanas, se encuentran las de Arturo Eyries, Campo Grande, Esperanto, Centro-Gamazo, Huerta del Rey, Parquesol, Valladolid-Sur y La Victoria, de acuerdo con el Decreto 139/2002, de 26 de diciembre; por tanto, los usuarios de estas zonas urbanas tienen derecho a la libre elección de facultativo de atención primaria dentro del Área de Salud, en las condiciones establecidas en ese Real Decreto. El art. 5 del mismo determina que, “La elección de médico general y pediatra podrá realizarse en cualquier momento y sin necesidad de justificación, pudiendo previamente, solicitarse entrevista con el facultativo”, estableciendo el art. 8 de este Reglamento las causas de rechazo del profesional de medicina general y pediatría:

- Cuando el cupo de personas supere el número establecido como óptimo, según las características de la zona básica de salud.
- Cuando el médico alegue alguna razón por la que la inspección de servicios sanitarios se considere justificada.
- Cuando la persona con derecho a la asistencia sanitaria elija un facultativo no destinado en la zona básica de salud a la que pertenezca, en cuyo caso será necesaria la previa conformidad del profesional, con objeto de asegurar la atención domiciliaria.”

Asimismo, se corrobora este derecho, tanto en el art. 13 de la Ley estatal 41/2002, de 16 de noviembre, de Autonomía del Paciente, como en el art. 38 de la reciente Ley autonómica 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, al indicar que

“El Sistema de Salud de Castilla y León garantizará el ejercicio por sus usuarios de la libre elección de profesional sanitario y centro conforme a lo previsto en la legislación aplicable y en los términos y condiciones que reglamentariamente se establezcan”.

Por tanto, el criterio seguido por la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud Valladolid-Oeste es totalmente contraria al derecho a la libre elección de médico de atención primaria; el Real Decreto, permite tal como hemos visto, la libre elección sin necesidad de justificación, y cuando así lo admita el facultativo, como es este caso.

En conclusión, esta Procuraduría comparte el criterio de que es necesario a veces reorganizar las Zonas Básicas de Salud, máxime cuando es consecuencia de los cambios demográficos o por la construcción de centros de salud en nuevas zonas urbanas, pero en caso de conflicto de intereses, debe primar siempre la libre elección del usuario frente a la reorganización interna de los Servicios de Salud, al recogerse esta libertad como un derecho del paciente que la Administración sanitaria debe tutelar; así, se ha indicado que en la Exposición de Motivos del RD 1575/1993, dónde se dice que la libre elección de facultativo pretende “fomentar una relación más personalizada entre médico y paciente”; además, la Exposición de Motivos de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, indica que se debe estructurar el Sistema Nacional de Salud, garantizando la libertad individual del usuario. En definitiva, este criterio de la Gerencia de Atención Primaria es totalmente contraria al derecho de libre elección de

médico de atención primaria, al primar la supuesta reorganización de las Zonas Básicas de Salud, sobre el derecho individual de elección del usuario, estableciendo obstáculos en supuestos en dónde existía aceptación expresa del facultativo, sin que merme la calidad de asistencia sanitaria, ya que se mantiene el cupo de número óptimo de personas establecido en el RD 1575/1993.

Por ello, se efectuó la siguiente resolución:

“1. Que, la comunicación del Director Gerente de Atención Primaria de Valladolid-Oeste de 14 de agosto de 2001 mencionada en este escrito de queja, se considere totalmente contraria al principio de derecho a la libre elección de médico de atención primaria establecido en el art. 38 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y deberes de los usuarios, y en el RD 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud.

2. Que, en el caso de que se produzca un conflicto de intereses por una reorganización en Zonas Básicas de Salud, la Administración sanitaria debe garantizar la primacía del derecho a la libre elección de médicos de atención primaria, como derecho individual de los usuarios”.

Esta resolución fue aceptada de forma parcial con los siguientes términos que paso a transcribir:

“1º.- La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León acepta el apartado 2 de su referida resolución, en el sentido de que el Sistema de Salud de Castilla y León garantizará el ejercicio por sus usuarios de la libre elección de profesional sanitario en el ámbito de la atención primaria. Si bien dicha garantía se realizará conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable, en los términos previstos en el art. 39 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con su salud.

2º.- Referente al apartado 1 de la citada resolución, concerniente a que la comunicación del Gerente de Atención Primaria de Valladolid-Oeste, de 14 de agosto de 2001, con registro de salida 2552, y mencionada en su resolución, sea necesariamente contraria al principio del derecho a la libre elección de médico de atención primaria, esta Administración considera que dicha comunicación sólo obedeció a una información interna y recíproca entre personal directivo y sanitario dependiente de la entonces Dirección Provincial del Insalud, sin que por sí misma implicara una resolución restrictiva del derecho de libre elección de los usuarios, y que, en todo caso, sólo pretendió justificar, ante opiniones diferentes, la oportunidad de reorganización de servicios sanitarios, como consecuencia, entre otros motivos, del aumento de población, de la necesidad de revisión de las delimitaciones territoriales de las Zonas Básicas de Salud y construcción de nuevo

Centro de Salud, así como de la resultante composición del número de profesionales de los Equipos de Atención Primaria. Iniciativas, todas ellas, que tuvieron por finalidad conseguir una atención sanitaria más completa y accesible para los ciudadanos”.

Otra queja al respecto, es la relativa al derecho de los pacientes a la atención médica precisa, teniendo en cuenta las circunstancias personales de los mismos, tal como se refleja en la **Q/798/02**. Así, en esta queja, se pone de manifiesto el retraso en los análisis a realizar a un paciente en el Hospital de El Bierzo, en la provincia de León, con una minusvalía de un 99%, y que había ingresado en determinadas ocasiones en psiquiatría. A este paciente le habían citado a las diez horas para unos análisis de sangre y a las once para hacer una radiografía, debiendo permanecer en ayunas. Sin embargo, ese día, le indicaron en Radiografía que debía esperar hasta las 15 horas, suponiendo un problema para esta persona muy grave debido a su minusvalía, la espera al deber estar en ayunas.

Admitida la queja a trámite, la Gerencia Regional reconoce que es cierto que, como consecuencia de la presión asistencial existente dicho día, el servicio de Radiodiagnóstico anuló dicha cita y la pospuso para las 15 horas del mismo día; todo ello sin que en dicho Servicio constase expresamente la situación personal del paciente. Para efectuar un estudio sobre el mismo, procede analizar todos los aspectos que se plantean en relación con la queja, fundamentalmente los relacionados, tanto con la coordinación de los diversos servicios de admisión y citaciones de los

centros hospitalarios, como con la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

En lo que hace referencia a la coordinación de los servicios de citaciones del Hospital del Bierzo, hemos de partir de que se produjo error imputable al servicio de Radiodiagnóstico, ya que el paciente fue citado para realizar determinadas pruebas analíticas a las 10 horas y una ecografía a lo largo de la mañana. Sin embargo, por error se pospuso hasta las 15 horas, causando un perjuicio ese día a todos los pacientes del Hospital del Bierzo, por el retraso en las distintas pruebas y que, además, suponía que tenían que estar en ayunas durante todo el tiempo, siendo especialmente más grave en este caso con una minusvalía de un 99%, y que había sido ingresado en diversas ocasiones en el Servicio de Psiquiatría.

Ante este hecho, se presentó una reclamación por el acompañante del paciente en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital; a esta reclamación contesta la Gerencia del Hospital del Bierzo, reconociendo los hechos denunciados y pidiendo disculpas por las molestias ocasionadas. Estas disculpas son corroboradas por la Gerencia Regional de Salud asegurando que están poniendo todos los medios a su alcance para que no vuelvan a suceder hechos como los denunciados.

Esta Procuraduría, por tanto, constata el error producido en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital del Bierzo a diversos pacientes, ya que en estos casos, tal como ha reconocido la Gerencia Regional de Salud en su informe, estas pruebas han de realizarse a primera hora y en

ayunas, por lo que todas las analíticas deben practicarse en un corto espacio de tiempo, sin que, en ningún caso, pueda considerarse adecuada la práctica de la ecografía hasta la jornada de la tarde, debido a los graves trastornos que se causan a los pacientes, como es el hecho de encontrarse en ayunas durante más de cinco horas desde la práctica de la primera prueba analítica (10 horas) a la última (15 horas). Igualmente, ese retraso pudo ser muy perjudicial para aquellos pacientes que no vivían en la ciudad de Ponferrada, y que se les causa un trastorno en su desplazamiento.

En conclusión, esta institución entiende que deben tomarse las medidas oportunas, entre las que se encuentra reforzar los mecanismos de coordinación en los Servicios de Admisión del Hospital del Bierzo, para evitar hechos como el sucedido en el Servicio de Radiodiagnóstico y, tal como se dice en el informe de la Gerencia Regional de Salud, que las distintas pruebas analíticas y de radiodiagnóstico se celebren por la mañana y en un corto espacio de tiempo.

En lo que corresponde a la responsabilidad patrimonial, no se dan todos sus elementos definatorios, pues, en este caso, no se ha producido una lesión evaluable económicamente, ya que dicha espera, si bien es cierto le provocó molestias por el largo período de ayunas y fue una falta de consideración debido a la minusvalía que padecía, no le produjo ninguna lesión en la esfera económica del interesado, ni le produjo tampoco un agravamiento del estado de salud; por ello, no cabe el derecho a indemnización por las molestias que efectivamente se produjeron.

En consecuencia, se formuló la siguiente resolución:

“1. Que, se refuercen los mecanismos de coordinación en los Servicios de Admisión del Hospital del Bierzo para que las distintas pruebas analíticas y de radiodiagnóstico se celebren por la mañana y en un corto espacio de tiempo, al tener que estar los pacientes en ayunas, y se eviten hechos como el sucedido en el Servicio de Radiodiagnóstico, que les causaron graves trastornos tal como reconoce la Gerencia Regional de Salud.

2. Que, se tomen las medidas oportunas por la Gerencia Regional de Salud para garantizar la especial protección de las personas minusválidas en el acceso a las prestaciones sanitarias a las que tienen derecho”.

La Gerencia Regional de Salud aceptó esta resolución.

En lo que respecta a los derechos de los usuarios al uso de la anestesia epidural, cuando así se requiera por las mujeres que lo solicitaran en el momento del parto en los hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma, en el informe del año 2002, hicimos referencia a la **Q/1515/02**, referida al Hospital General Yagüe de la capital burgalesa, y la **OF/108/02**, y que se encontraban en ese momento pendientes de estudio. Por tanto, nos remitimos a las Actuaciones de Oficio de este informe en dónde se analizará esta cuestión.

Por último, es preciso recoger una propuesta de modificación de una ley estatal hecha desde esta Procuraduría al Defensor del Pueblo y que viene recogida en la **Q/1167/03**, relativa a las ayudas a los enfermos afectados por el virus del VHC, establecida por la Ley 14/2002, de 5 de junio, y que podría mejorar los derechos de los usuarios de los sistemas sanitarios públicos. Esta Ley establece una serie de ayudas sociales a las personas con hemofilia u otras coagulopatías congénitas que hayan desarrollado la hepatitis C, como consecuencia de haber recibido tratamiento con concentrados de factores de coagulación en el ámbito del sistema sanitario público. El caso que nos afecta es el de un joven que nació en el año 1981 en el Hospital General Princesa Sofía de León, y tuvo un distress respiratorio, que se trató con oxigenoterapia y plasma. A los 18 días y a consecuencia de problemas generalizados se le puso nuevamente en tratamiento y se le realizan dos transfusiones sanguíneas por incompatibilidad con RH, presentando serología positiva al virus de la hepatitis C, en septiembre de 1995, confirmándose el diagnóstico el 29 de octubre de 1997.

Por lo tanto, fue contagiado hospitalariamente por esas transfusiones sanguíneas en 1981, en el momento de su nacimiento y fue considerado como hecho probado en la Sentencia de la Audiencia Nacional de 23 de enero, de dos mil dos, en el recurso contencioso-administrativo de reclamación de responsabilidad patrimonial que interpuso frente al Instituto Nacional de Salud. Sin embargo, dicha reclamación indemnizatoria fue

desestimada debido a que, según el Fundamento Jurídico 5º de esta Sentencia, “El TS, en sentencia de la Sala Tercera, Sección 6ª de fechas 10 de febrero y 19 de abril de 2001, reiteran la doctrina establecida en la sentencia de 25 de noviembre de 2000, de la misma Sala y Sección, referida a un supuesto al igual que el presente de transfusión sanguínea, ha considerado que ese contagio producido no es un daño antijurídico, porque el estado de la ciencia no permitía en esa época antes de la detección del virus de la hepatitis C, que fue identificado en 1989, prever ni evitar la infección, y por consiguiente no viene la Administración obligada a repararlo, al no concurrir el meritado requisito exigido por la doctrina jurisprudencial para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración...”

En conclusión, lógicamente el estado de la ciencia en 1981, no permitía la detección hospitalaria del virus de la hepatitis C, y no fue hasta mediados de 1989, cuando éste fue identificado y el test de detección de anticuerpos del VHC, se empezó a aplicarse con carácter obligatorio en todas las unidades de sangre o plasma extraídas en los bancos de sangre, a tenor de lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 3 de octubre de 1990. Tal como dice la Exposición de Motivos de la Ley 14/2002 citada, “las personas afectadas por hemofilia u otras coagulopatías congénitas estuvieron expuestas al riesgo de contraer hepatitis C, como consecuencia de los tratamientos periódicos que debían recibir con concentrados de factores de coagulación. Debido a esta situación hay un

determinado número de personas, pertenecientes a este colectivo, que resultaron contagiadas, y desarrollaron la enfermedad de la hepatitis C, como consecuencia de tratamientos recibidos en el sistema sanitario público, en un momento en el que el estado de la ciencia no permitía disponer de medidas oportunas para prevenir esa transmisión”.

Por ello, se promulgó esta Ley que establecía este sistema de ayudas individuales para aquellas personas de este colectivo que tenía una mayor situación de riesgo que otros en el contagio, y que habían contraído el virus VHC; pero, no se incluyó a otras personas que se contagiaron igualmente, y que ha sido constatado claramente en los informes médicos y en la Sentencia que se adjunta, como ha sido el caso objeto de queja, y que no está incluido dentro del ámbito de aplicación de esta Ley. Esto supone, a juicio de esta institución, una vulneración al principio de igualdad y no discriminación establecida en el art. 14 CE.

De esta forma, esta Procuraduría remitió este expediente al Defensor del Pueblo, mostrándose totalmente favorable a la modificación de la Ley 14/2002 citada, en el sentido que se incluyan a todas aquellas personas que se hubieran contagiado por transfusión sanguínea en el sistema sanitario público en fecha anterior a la Orden de 3 de octubre de 1990, encontrándonos todavía a la espera de respuesta de esa Defensoría.

2.6. Varios

En este apartado, vamos a analizar distintas cuestiones que no tienen una clasificación definida en esta área.

En primer lugar, hemos de referirnos a la situación del Comité Asistencial de Ética del Hospital General Yagüe de la capital burgalesa que, según el contenido de la queja **Q/653/02**, lleva sin reunirse y sin realizar las actividades que le son propias más de cinco meses. Según la mencionada queja, este hecho fue puesto en conocimiento de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Burgos y de la Dirección General de Asistencia Sanitaria sin que hasta la fecha se haya reunido.

Tras el informe de la Gerencia Regional de Salud, el Comité de Ética Asistencial supone un comité consultivo y multidisciplinar, al servicio de los profesionales y de los usuarios, que analiza los problemas éticos que surjan, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial en los distintos centros médicos, fundamentalmente hospitalarios. Las funciones que deben cumplir estos comités son analizar y asesorar en las decisiones sobre los problemas éticos que se planteen en el centro; colaborar en la formación en bioética de los profesionales del centro y en los miembros del comité, y proponer la elaboración de protocolos de actuación en materias conflictivas.

Del informe de la Gerencia Regional de Salud, se desprende que la última reunión del Comité de Ética del Hospital General Yagüe se produjo el día 16 de octubre de 2001, dónde se renovaron los cargos de Presidente,

Vicepresidente, Secretario y Vicesecretario. Así, el art. 7.1 de la Circular 3/95 del Insalud ha determinado que el Presidente será designado por el Director General del Insalud, -en la actualidad, tras el traspaso de competencias el Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud- a propuesta mayoritaria de los demás miembros del Comité y con la conformidad del Director Gerente del Hospital General Yagüe.

En este caso, según ha reconocido la Gerencia Regional de Salud en su escrito, se ha producido un retraso en la renovación por la tardanza, ya que hasta que no conoció este asunto, por parte de esta Procuraduría en su petición de información, no procedió a autorizar el nombramiento de los cargos de Presidente y Secretario del Comité de Ética Asistencial. Por ello, no se convocó una nueva reunión del Comité hasta que se autorizase por la autoridad competente los nuevos cargos, si bien es cierto que jurídicamente se podían haber convocado nuevas reuniones por el Presidente en funciones, tal como dice la Gerencia Regional en su informe.

En conclusión, se acreditó la existencia de un retraso en la autorización de la Gerencia Regional de Salud, en el nombramiento del nuevo Presidente y Secretario del Comité Asistencial de Ética del Hospital General Yagüe, que supuso una ruptura de la periodicidad bimensual de las reuniones que se estaban celebrando, aunque podían haberse convocado por el Presidente en funciones; pero, a la vista del informe remitido desde la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, se ha comprobado que

ya se solucionó este problema, por lo que ya puede haber convocatoria de nuevas reuniones del Comité de Ética Asistencial en el mencionado centro

Tras ello, se procedió al archivo de esta queja.

Quiero citar la **Q/791/03** que se refiere a la disconformidad con el baremo realizado y la consiguiente denegación a un peticionario en el acceso para acudir al Curso de “Diplomado de Sanidad”, a desarrollar por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social en el año 2003.

Según el autor de la queja, la convocatoria se efectuó mediante Orden de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de 10 de febrero de 2003, y por ello presentó solicitud para participar en este curso. Practicada la selección, se aprobó la lista provisional de admitidos, encontrándose el reclamante entre éstos. Con fecha 20 de marzo, recibe comunicación de la responsable del Área de Formación de la Dirección General de Función Pública, comunicándole que debía presentarse el día 31 de marzo a las 17,00 horas en Valladolid, al haberse hecho pública la lista de admitidos con carácter definitivo.

Sin embargo, con fecha 25 de marzo de 2003, se expuso en el tablón de anuncios del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia este listado definitivo, por el que estaba excluido, y el día 27 de marzo, recibe otra comunicación de la responsable anteriormente citada, por el que le remitía nueva lista y estaba excluido, debido a unos errores ,sin presuntamente motivarlo.

Según el escrito de queja, el reclamante interpuso con fecha 7 de abril de 2003, recurso de alzada frente a esta exclusión, sin que se haya respondido y causando un perjuicio a éste por la inasistencia a este curso.

Tras la remisión de la información solicitada por la Consejería de Sanidad, para determinar la potencial concurrencia de irregularidades en la actuación llevada a cabo por esa Administración Autonómica, resulta procedente, en primer lugar, identificar la naturaleza jurídica de la Relación de admitidos, tanto de forma provisional, como de forma definitiva, emitida por Resolución de la Dirección General de Salud Pública, al igual que la rectificación efectuada dos días después para acceder al Curso de “Diplomado de Sanidad”, que se celebraba en Valladolid y sus posibles mecanismos de revisión, para, con posterioridad, examinar la adecuación de la singular técnica de modificación de aquella actuación empleada por la Dirección General de Salud Pública, y, en fin, enunciar las actuaciones a adoptar para garantizar adecuadamente los derechos del destinatario de la misma. Igualmente examinaremos el recurso de alzada interpuesto y las actuaciones administrativas llevadas a cabo como consecuencia del recurso administrativo presentado.

Tal como se ha dicho en otras quejas, las resoluciones administrativas a través de las cuales se produce, por el órgano administrativo competente en cada caso, el reconocimiento del derecho a la asistencia a cursos organizados por la Dirección General de Salud Pública, son actos administrativos, por tanto susceptibles de ser analizados como

tales, de carácter definitivo, y no de mero trámite, tal y como demuestra palmariamente el hecho de que sean impugnables independientemente en vía administrativa, además tal como ha sucedido, en este caso, al interponer el peticionario recurso de alzada a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Consecuentemente, tales resoluciones tienen plena validez desde su otorgamiento y, en principio, su contenido no puede ser modificado ni alterado sino a través de los mecanismos legalmente previstos para ello. Tales mecanismos, tras la reforma operada en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y considerando la naturaleza declarativa de derechos de los actos administrativos analizados, no son otros que la revisión de oficio de los actos nulos de pleno derecho, y la declaración de lesividad y ulterior impugnación ante el orden jurisdiccional contencioso-administrativo de los actos anulables.

Asimismo, y al igual que ocurre con el resto de los actos administrativos, la Administración Pública autora de las resoluciones de reconocimiento individual del derecho a la asistencia a cursos, tiene la facultad de rectificar los errores materiales, de hecho o aritméticos existentes en las mismas. Este mecanismo guarda una diferencia sustancial evidente con la revisión de oficio de los actos nulos de pleno derecho y con la declaración de lesividad de los actos anulables, puesto que su utilización, a diferencia de lo que ocurre con los sistemas de revisión antes citados, no se fundamenta en la concurrencia en el acto en cuestión de un vicio de

nulidad o de anulabilidad que exija su desaparición del ordenamiento jurídico o la limitación de sus efectos, sino que, muy al contrario, tiene como objetivo fundamental alterar aspectos puntuales no esenciales del acto administrativo incurrido en error, sin pretender, en ningún caso, hacer desaparecer su eficacia o limitarla.

Pues bien, enunciados los diversos mecanismos con los que cuenta la Administración Autonómica para revisar y rectificar los efectos de resoluciones de admisión para la celebración de cursos, procede detenerse en el mecanismo utilizado entonces por la Dirección General de Salud Pública, en el supuesto que ha dado lugar a la queja que ahora se resuelve: la rectificación de errores.

El art. 105.2 de la LRJPAC, como es sabido, reconoce a las Administraciones públicas la posibilidad de rectificar en cualquier momento, de oficio o a instancia de los interesados, los errores materiales, de hecho o aritméticos existentes en sus actos. En este sentido cabe señalar que rectificación es corrección de un error material del acto administrativo haciendo que el mismo, alcance la exactitud que debía tener desde un principio. Por ello, la rectificación de un error material supone la subsistencia del acto, es decir, el mantenimiento del mismo una vez subsanado el error, a diferencia de los supuestos en los que se produce la anulación, en los que desaparece el acto como consecuencia del vicio que genera la misma.

La Jurisprudencia se ha encargado de delimitar los requisitos configuradores de la rectificación de errores en la forma de presupuestos que deben concurrir simultáneamente en cada caso para que la Administración Pública pueda acudir a esta técnica. Estos presupuestos son los siguientes:

- que se trate de simples equivocaciones elementales de nombres, fechas, operaciones aritméticas o transcripciones de documentos;
- que el error se aprecie teniendo en cuenta exclusivamente los datos del expediente administrativo en el que se advierte;
- que el error sea patente y claro, sin necesidad de acudir a interpretación de normas jurídicas aplicables;
- que no se produzca una alteración fundamental en el sentido del acto;
- y, en fin, que no padezca la subsistencia del acto administrativo, es decir, que no se genere la anulación o revocación del mismo en cuanto creador de derechos subjetivos, produciéndose uno nuevo sobre bases diferentes y sin las debidas garantías para el afectado”.

A los efectos que aquí interesan, procede hacer hincapié en la relevancia que la Jurisprudencia ha dado a la necesaria presencia de los dos últimos requisitos señalados, para posibilitar que la Administración Pública actuante pueda acudir a la técnica regulada en el art. 105.2 de la LRJPAC.

Así, en cuanto a la prohibición de que se produzca una alteración fundamental en el sentido del acto, el TS, ya tuvo la oportunidad de señalar en su Sentencia de 15 de octubre de 1984 que “la jurisprudencia ha establecido en diversas Sentencias, entre otras, de 8 de julio de 1982, 17 de octubre y 29 de noviembre de 1983, que el error de hecho no puede suponer una alteración fundamental del contenido del acto”.

Por otro lado, y en relación con la necesaria subsistencia jurídica del acto una vez llevada a cabo la rectificación, el TS, en su Sentencia de 3 de julio de 1995, señalaba que “... la facultad que a la Administración atribuye el referido precepto de rectificar los errores materiales o de hecho y los aritméticos, sin limitación temporal ha sido cuidadosamente matizada por una abundante doctrina jurisprudencial de este Tribunal, que ciñe el ejercicio de dicha facultad a los supuestos en que el propio acto administrativo revela una equivocación evidente de aquella índole, en cuyo caso cabe la eliminación del error, siempre que el acto, una vez rectificado, siga subsistiendo con idéntico contenido dispositivo, sustantivo y resolutorio (...) la rectificación de errores materiales no puede afectar al contenido fundamental del acto, sino tan sólo a aspectos accidentales del mismo...”

Continúa señalando el TS, en su Sentencia de 9 de diciembre de 1999, que “... cuando la rectificación no se limita a errores accidentales de contenido meramente material o de hecho sino que consiste en la desvirtuación plena del acto mismo, cuyo alcance y sentido resultan, a

consecuencia de ella, totalmente contrarios al alcance y sentido del acto originario, la rectificación se convierte en revocación de oficio y requiere una serie de garantías para el administrado, de tiempo y de procedimiento, que en este caso no se respetaron...”.

En definitiva, la rectificación de errores no debe afectar a elementos sustanciales del acto, puesto que en aquel supuesto en el que la Resolución administrativa rectificadora contenga estimaciones nuevas o distintas que afecten sustancialmente a su parte dispositiva, no nos encontraremos ante una simple rectificación de errores, sino ante una auténtica modificación de conceptos que únicamente se podrá llevar a cabo a través del mecanismo de revisión de los actos administrativos que corresponda en cada caso.

Conectando lo hasta aquí afirmado con el supuesto que ha dado lugar a la formulación de la queja que ahora se resuelve, procede indicar que, a juicio de esta Procuraduría, la rectificación de errores, adoptada por la Dirección General de Salud Pública dos días después de la Resolución, por la que se admitía con carácter definitivo al curso de “Diplomado de Sanidad”, afecta a la subsistencia jurídica de esta última, sin que ello suponga prejuzgar, en absoluto, el fundamento material de la modificación operada. En efecto, no es misión de esta institución determinar cuáles deben ser los requisitos jurídicos materiales para seleccionar a los participantes de los cursos de formación, que se encuentran dentro del ejercicio de las potestades discrecionales de la Administración Pública,

sino únicamente comprobar los procedimientos por los que se deben realizar las admisiones y sus posibles modificaciones.

Resulta evidente, así, que la modificación operada, a pesar de que pudiera encontrarse fundamentada correctamente a la vista de los requisitos establecidos en la Orden SBS/147/2003, de 10 de febrero, afecta de una forma sustancial a la parte dispositiva del acto administrativo de admisión, suponiendo una auténtica transformación material del mismo, que tiene como efecto privar a su destinatario del derecho de admisión al curso concedido por la resolución administrativa rectificadora. Esta privación únicamente puede llevarse a cabo, en el supuesto de concurrir alguna causa de anulación, a través de los procedimientos de revisión de los actos administrativos previstos en el Título VII de la LRJPAC. Lo contrario supone conculcar las garantías del destinatario del acto modificado, pues el mismo se ve privado de un derecho previamente reconocido sin, ni tan siquiera, tener la posibilidad de formular alegaciones o aportar documentos u otros elementos de juicio (principios de audiencia y contradicción).

De conformidad con el contenido de la propia Resolución de rectificación de errores y del informe proporcionado a esta Procuraduría por la Administración Autonómica, el fundamento de la modificación realizada no era otro que el hecho de que el reclamante se encontraba realizando un trabajo remunerado relacionado con la profesión por la que solicitaba el curso: es decir, médico, por lo que se entendía que automáticamente quedaría excluido por incumplimiento de los requisitos

establecidos. Además, la Dirección General de Salud Pública no obtiene esta información del propio expediente, sino como consecuencia de una conversación telefónica con la unidad administrativa que realizaba dichos trámites: Sanitarios Locales de la Gerencia de Salud de Área de Palencia. No parece ésta la vía más apropiada para obtener la información deseada para comprobar los requisitos establecidos en el acceso al curso de Diplomado en Sanidad, y desconocemos si estos datos se encontraban en el expediente administrativo del peticionario que podía haberse examinado en la resolución provisional.

Pues bien, si es cierto que el reclamante se encontraba trabajando de forma remunerada como médico el día de finalización del plazo de presentación de solicitudes para el curso de Diplomado en Sanidad (el día 3 de marzo de 2003), el acto administrativo por el que se admitiría a este curso sería un acto nulo de pleno derecho por ser plenamente subsumible en el supuesto previsto en la letra f) del art. 62 de la LRJPAC, de conformidad con el cual son nulos de pleno derecho “los actos expresos o presuntos contrarios al ordenamiento jurídico por los que se adquieren facultades o derechos cuando se carezca de los requisitos esenciales para su adquisición”. Será necesario, en consecuencia, proceder a la revisión del acto, en la parte en la que se procedió a admitirla a la realización del mencionado curso organizado por la Dirección General de Salud Pública, por lo que consideramos que la rectificación de errores establecida en el art. 105.2 de la LRJPAC no es la vía adecuada para llevar a cabo la revisión

administrativa que pretendía el órgano competente de la Consejería de Sanidad.

Por ello, la Dirección General de Salud Pública debería haber iniciado el procedimiento de revisión de oficio establecido en el art. 102 de la LRJPAC para así rectificar el acto definitivo por el que se aprueba con carácter definitivo al curso de diplomado de sanidad en el que se incluía al reclamante, pero no a través del mecanismo de rectificación de errores que no cabe para este aspecto. En este sentido cabe señalar que el Título VII de la LRJPAC es una materia que, a la vista de la doctrina del TC, debe considerarse integrada dentro del concepto “Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas”, de ahí que sea directamente aplicable a todos los sectores y ámbitos de la actuación administrativa, incluido el dirigido a la concesión de ayudas y subvenciones públicas. Pues bien, uno de los principios generales de aquel régimen no es otro que la necesaria tramitación de un procedimiento de revisión de oficio con carácter previo a la anulación por la propia Administración de actos nulos de pleno derecho favorables al interesado.

Asimismo, no han faltado SSTS, (entre otras, STS de 6 de junio de 1989 y de 6 de marzo de 1998) que señalan expresamente que para dejar sin efecto un acto declarativo de derechos, aduciendo para ello un motivo jurídico como el incumplimiento por el beneficiario de alguno de los requisitos que necesariamente debían concurrir para acordar aquélla, el

trámite a seguir necesariamente por la Administración Pública actuante es el de la revisión de oficio de sus actos administrativos.

Igualmente, cabe mencionar que el reclamante presentó un recurso de alzada ante la Consejería de Sanidad y Bienestar Social en tiempo y forma, sin que ésta, según el informe remitido por la Dirección General de Salud Pública, haya resuelto dicho recurso todavía. Debemos recordar la obligación de la Administración de resolver dichos recursos, tal como se establece con carácter general en el art. 42 de la LRJPAC, sin que, por el momento, tengamos noticia de que se haya resuelto éste por el órgano competente. Debemos recordar, desde esta Procuraduría, la necesidad de que las Administraciones Públicas resuelvan los recursos administrativos en el plazo establecido en el art. 115.2 de la LRJPAC: “El plazo máximo para dictar y notificar la resolución será de tres meses” Este incumplimiento crea inseguridad jurídica a los recurrentes e incumple la obligación expresa de resolver ya estudiada.

Por último, queremos mencionar el hecho de que, de acuerdo con la documentación adjuntada por el autor de la queja, en el recurso de alzada interpuesto, se solicitaba la suspensión de la ejecutividad de la modificación recurrida, de conformidad con el art. 111.2 de la LRJPAC. En este caso, de conformidad con el art. 111.3 de la LRJPAC “La ejecución del acto impugnado se entenderá suspendida si transcurridos treinta días desde que la solicitud de suspensión haya tenido entrada en el registro del órgano competente para decidir sobre la misma, éste no ha dictado

resolución expresa al respecto”, se debería haber suspendido el acto impugnado –el curso de Diplomado de Sanidad a celebrar en la ciudad de Valladolid- al no haberse resuelto el recurso de alzada, ni haber resuelto tampoco la Consejería de Sanidad y Bienestar Social dicha solicitud de suspensión.

En conclusión, con esta resolución, se garantizaría, de un lado, el principio de eficacia y ejecutividad de los actos administrativos y, de otro, el debido respeto a los derechos y garantías del interesado en el procedimiento dirigido a la modificación de la resolución inicialmente adoptada. Aún cuando materialmente se pudiera afirmar que el reclamante no cumple en el presente supuesto los requisitos para acceder al curso en cuestión, no es pecar de excesivo formalismo afirmar que la Administración, con fundamento en aquel presupuesto material, no puede elegir, de entre los mecanismos establecidos en el Ordenamiento jurídico para modificar el contenido de una resolución administrativa, aquél cuya aplicación le resulte más sencilla, postergando con ello los derechos y garantías del destinatario del acto administrativo modificado.

Por ello, se formuló la correspondiente resolución:

“1. Que se resuelva el recurso de alzada por parte de la Consejería de Sanidad en el sentido de anular la Resolución de 27 de marzo, por la que se rectificaba la Resolución de 25 de marzo, de admitidos al Curso de Diplomados de Sanidad a celebrar del 31 de marzo al 10 de junio de 2003, al no ser la vía de la rectificación de

errores del art. 105.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, modificado por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

2. Que, en el caso de que se hubiese incumplido el requisito establecido en el art. 2.3 de la Orden SBS/147/2003, de 10 de febrero, por la que se convocaba el curso de Diplomado de Sanidad a desarrollar por la Dirección General de Salud Pública, durante el año 2003, debía haber incoado un procedimiento de revisión de oficio al ser el acto nulo de pleno derecho de conformidad con lo establecido en el art. 102 de la Ley 30/1992 ya mencionada.

3. Que, al no haberse resuelto el incidente de suspensión de la eficacia del acto administrativo planteado en el recurso de alzada en el plazo previsto, se debería haberse suspendido la celebración de este curso, de conformidad con el art. 111.3 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, modificado por la Ley 4/1999, de 13 de enero”.

La Consejería de Sanidad respondió a esta resolución, mostrando su disconformidad al entender que nos encontrábamos ante una verdadera rectificación de errores.

Por último, citar el expediente **Q/892/03**, por el que el interesado, que había acudido a los servicios médicos de un Hospital de esta

Comunidad, como consecuencia de la agresión o malos tratos de que había sido objeto por parte de su cónyuge, apreció como, tras el correspondiente reconocimiento los servicios médicos utilizaron unos impresos de la Consejería de Sanidad en los que se aludía siempre a la interesada, y a la hora de describir las posibles lesiones apreciadas en el reconocimiento de la víctima, aparecía en el impreso una figura femenina. Lo mismo ocurría con la guía informativa relativa a la campaña contra la violencia doméstica - Guía de Actuación en Caso de Malos Tratos-, en la que aparecía la foto de una mujer, guía elaborada por la Junta de Castilla y León en colaboración con ayuntamientos y diputaciones de la Comunidad y, al parecer, también con el Fondo Social Europeo.

La queja se admitió a trámite, y recibida la correspondiente información, se observó que la administración autonómica justificaba el empleo de tales impresos en la circunstancia de que pese al principio de igualdad recogido en el art. 14 CE, dicha igualdad no existe de hecho (mayores tasas de desempleo femenino, escasa presencia de la mujer en puesto de responsabilidad, mayor dedicación de la mujer a las responsabilidades familiares y a las tareas del hogar y mayores tasas de violencia contra la mujer).

En la respuesta recibida se aludía, además, a la violencia de género, cuya existencia ha determinado a los poderes públicos de occidente en el siglo XXI a plantearse políticas dirigidas a combatirla con diferentes planes.

Con relación al impreso aludido en el expediente, aún reconociendo la realidad de lo manifestado por el reclamante, se encontraba justificación en la circunstancia de que un porcentaje próximo al 100% de las demandas de servicios médicos como consecuencia de malos tratos son realizadas por mujeres. Se añadía, además, que dichos impresos podían utilizarse haciendo las anotaciones y observaciones oportunas en los casos excepcionales en los que la víctima pudiera ser un varón, dado que según el informe recibido, el impreso podía utilizarse de forma genérica para casos de agresiones de malos tratos recibidos tanto por varones como por mujeres. De hecho, se indicaba en el informe recibido en esta institución, diariamente se cumplimentan impresos en otros ámbitos expresados en masculino y considerados genéricos aunque representen sólo el 49,15% de la población.

Esta institución no compartía los argumentos recogidos en la información remitida por la Consejería de Sanidad, por las razones siguientes:

1º.- En primer término, a juicio de esta Procuraduría, se partía de un error en la definición de la violencia doméstica, al considerar como víctimas de la misma exclusivamente a las mujeres.

Por ello se recordó a la Administración que la OMS, en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, define la violencia en general como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que

cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

De hecho, dentro de este concepto genérico, se comprende, entre otros, la denominada violencia intrafamiliar que en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar aunque no exclusivamente. Es decir la violencia intrafamiliar se corresponde con la denominada violencia doméstica.

Esta clase de violencia comprende toda conducta que por acción u omisión produce o puede producir un daño físico, sexual o psicológico, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada, siempre que tal conducta proceda de miembros de la familia o personas unidas por análoga relación de afectividad. Y supone siempre el uso de la fuerza o la intimidación, un trato indigno y vejatorio de una persona, con la que normalmente existe una relación íntima o de confianza, sobre otra en la que ejerce actitudes de dominación y poder.

Lo anterior permitió poner de relieve a la Administración la confusión que se había producido entre la violencia doméstica y la violencia de género o, como indicaba en su respuesta, violencia masculina ejercida contra la mujer, pues evidentemente el concepto de violencia doméstica es más amplio que lo que se ha dado en llamar violencia de género. De hecho la primera no tiene género, edad, sexo o clases sociales.

Se trata de un problema de la sociedad en general, que afecta a mayores y menores y a mujeres y a hombres (también cabe pensar en su existencia en el ámbito de las parejas homosexuales).

2ª.- Es cierto, tal y como se recogía en el informe recibido, y así lo confirman los datos estadísticos de los que se dispone, que en su mayor parte las víctimas o sujetos pasivos de la violencia doméstica son las mujeres. Por ello, aunque en la queja se aludía al carácter discriminatorio de la Guía de Actuación en Caso de Malos Tratos (Campaña contra la Violencia Doméstica), no se apreciaba tal carácter, aunque acaso fuera recomendable recoger distintas figuras femeninas y masculinas.

Pero también lo es, que el maltrato doméstico puede tener y de hecho tiene como sujetos pasivos a los hombres además de menores o ancianos..., sean hombres o mujeres, que no tienen cabida en el modelo utilizado por la Administración.

Sin embargo, por factores culturales, sociales o educativos, los hombres que sufren malos tratos o violencia doméstica no se atreven a denunciarlos (como ha ocurrido durante mucho tiempo con las mujeres por diversas razones, entre ellas el miedo, y su tradicional dependencia económica de la mujer respecto de su esposo).

Ha de tenerse en cuenta que en general se señalan, entre otros, como factores que originan la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres, los siguientes:

1.- La posición de superioridad del hombre (mayor fuerza física de estos...).

2.- Los papeles que tradicionalmente se han atribuido a las mujeres (“cuidadora del hogar y de los hijos e hijas”.-Plan contra la Violencia hacia la Mujer en Castilla y León).

3.- Y el hecho de que “el sentimiento de propiedad del varón sobre la mujer sigue estando fuertemente arraigado en algunas personas, tanto en mujeres como hombres” (así lo destaca el Plan arriba citado–Visión sociológica del maltrato a la mujer).

Todo ello hace que en muchos casos, no habiéndose superado dicho sentimiento o concepción, los hombres que sufren malos tratos domésticos no formulen denuncia, y en consecuencia es difícil contar con datos o estadísticas que de alguna forma reflejen la realidad.

Ahora bien, sin duda alguna, si un hombre maltratado se decide a denunciar la agresión de la que ha sido objeto por parte de su esposa o compañera (o hijos/as...), se sentirá discriminado (aumentando su sentimiento de vergüenza) si al ser asistido por los servicios médicos se hace uso de un impreso de las características del empleado por esa Administración.

3ª.- Pero es que, al margen de todo lo anterior, en el caso contemplado en el expediente arriba mencionado, además de la excesiva restricción del concepto de maltrato doméstico que derivaba del modelo

empleado y hasta del propio informe (confusión entre violencia de género y doméstica), no existía razón alguna que justificase el uso de un único modelo en el que se empleen exclusivamente términos y figuras femeninas a la hora de identificar a la víctima y de reflejar las lesiones padecidas por la misma, cuando de lo que se trata es de establecer un protocolo sanitario que permita detectar y corregir los casos de violencia doméstica - hay que pensar que al margen o con independencia del sexo de la persona agredida-.

4ª.- De igual forma se indicó a la Administración que, si bien es cierto que en el marco del Consejo Interterritorial de Salud se propuso la aprobación y difusión de un protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos, también lo es que el ámbito de ese protocolo no puede quedar restringido a las mujeres (pese a que, desgraciadamente, según los datos de los que se dispone, ellas sean las principales víctimas).

En relación con este extremo se consideró oportuno citar a título de ejemplo el protocolo sanitario ante malos tratos domésticos publicado en Internet por la Comunidad Autónoma de Murcia del que se adjuntó copia. En dicho protocolo se recogían una serie de objetivos y medidas, en consonancia con lo establecido en el Plan de Acción contra la Violencia Doméstica, de ámbito nacional, elaborándose un Plan de Acción contra la Violencia Familiar y especialmente la ejercida hacia las mujeres de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Este Plan, articulado en 5 áreas, establece como uno de los objetivos de la primera área denominada «Coordinación ámbitos sanitario y judicial», el de proporcionar una

atención sanitaria adecuada a las víctimas de malos tratos y violencia familiar. Y de entre las medidas establecidas en dicho Plan, la primera de ellas es la realización de un protocolo sanitario para la atención de estos casos.

Por ello, la Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud había editado un protocolo que tenía como objetivo fijar las pautas de actuación que el profesional sanitario debe seguir cuando una persona maltratada acude a los servicios sanitarios públicos o privados.

Se aclaraba, además, que el ámbito de ese protocolo iba referido a todas aquellas conductas en el ámbito familiar que produzcan como resultado lesiones y daños físicos, psíquicos u otros, independientemente de la edad y sexo de la víctima.

De igual forma el protocolo sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en su página Web, es similar al utilizado por la Consejería de Sanidad, aunque a la hora de identificar a la víctima de la conducta agresora utiliza expresiones como “D/D^{aa}”, (al igual que lo hace al identificar al titular del órgano judicial al que debe remitirse o al facultativo/a que atiende a la persona maltratada). Se preveía, además, en dicho protocolo, “editar estos modelos en hojas autocopiativas por triplicado ejemplar (para el Juzgado, para la historia clínica y para la interesada/o)”. Y a la hora de reflejar las lesiones recogía una figura masculina.

5ª.- En la resolución remitida se reconocía que en este momento, son muchos los ámbitos en los que se tiende a evitar lo que se ha dado en llamar el lenguaje sexista. Sin embargo, esta Procuraduría entendía que esa tendencia no podía suponer la introducción de modelos como el empleado por la Administración, en los que se contempla de forma exclusiva a las mujeres como sujetos pasivos de la violencia doméstica (usando de forma restringida el concepto al no corresponderse con el ámbito de posibles sujetos pasivos de las conductas que pueden integrar ese tipo de violencia).

Además para esta institución no debe confundirse el género gramatical de las palabras con el sexo de las personas (con un significado biológico), y de hecho, se considera correcto el uso del género masculino si se refiere de forma abstracta a una categoría por ejemplo profesional, laboral, etc. Así, cuando el género masculino conceptualmente se refiere o abarca a los dos géneros es porque se trata de un término no marcado (el femenino sería el término marcado al estar presente en el mismo un rasgo distintivo que lo hace referirse específicamente a la mujer). Ello explica que existan formularios que usan el masculino genérico y que en muchos textos legales aparezcan términos masculinos genéricos (todos los ciudadanos –art. 9.2 CE, etc.), evitando de esta forma convertir en farragosos dichos textos.

Ahora bien, también se aclaraba en la resolución dictada que ello no significaba en ningún caso que esta institución pretendiese que en el modelo a utilizar se contemplase únicamente el género masculino, pero

permitía explicar por qué hasta no hace mucho no se planteaba problema alguno cuando se utilizaban términos genéricos.

6ª.- Por último, teniendo en cuenta el informe remitido a esta Procuraduría por la Consejería de Sanidad, se consideró oportuno indicar que el art. 14 CE, proclama la igualdad de todos los españoles, ante la Ley, prohibiendo cualquier discriminación por razón de sexo. Precisamente por ello, dicho texto constitucional impone a los poderes públicos la obligación de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo (término masculino no marcado) sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud, facilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

A este respecto, el Tribunal Constitucional, analizando la desigualdad existente en el ámbito laboral, ha indicado que el principio de igualdad “impide, en principio, considerar al sexo como criterio de diferenciación...” Si bien ese mismo Tribunal entiende que la referencia al sexo en el art. 14 CE. “implica también la decisión constitucional de acabar con una histórica situación de inferioridad atribuida a la mujer” (en la sentencia se aludía a una materia concreta, empleo y condiciones de trabajo).

Precisamente por eso, “son constitucionalmente legítimas aquellas medidas que tienden a compensar una desigualdad real de partida”. Por ello, considera el citado Tribunal, que el art. 14 “que prohíbe la

discriminación por razón de sexo ha de ser interpretado sistemáticamente con otros preceptos constitucionales, en particular con el art. 9.2 CE”.

De ahí, que el Tribunal Constitucional en su Sentencia 216/1991 ya afirmaba que "no puede reputarse discriminatoria y constitucionalmente prohibida -antes al contrario- la acción de favorecimiento, siquiera temporal, que aquellos poderes (públicos) emprendan en beneficio de determinados colectivos, históricamente desprotegidos y marginados, a fin de que, mediante un trato especial más favorable, vean suavizada o compensada su situación de desigualdad sustancial" (f. j. 5º).

Ahora bien, las medidas conocidas como de acción positiva sólo caben cuando tienden a compensar una desigualdad inicial, tratando de lograr una igualdad efectiva que no se logrará provocando una nueva discriminación o cuando menos adoptando comportamientos (o haciendo uso de modelos; en el caso contemplado en este expediente) que, de alguna forma, pueden contribuir a aumentar el sentimiento de vergüenza que impera, en general, entre los hombres, lo que hace que en muchos casos cuando son sujetos pasivos de actos de violencia doméstica no presenten la correspondiente denuncia.

En definitiva, esta Procuraduría entendía que en nada contribuye a la lucha contra la violencia doméstica y la igualdad entre hombre y mujeres el establecimiento y uso de un modelo de asistencia sanitaria en el que no tienen cabida los hombres como posibles sujetos pasivos de los actos que integran dicha clase de violencia, introduciendo así, criterios de

diferenciación sin ningún tipo de justificación razonable u objetiva en el ámbito en el que se emplean o como sostiene el citado Tribunal Constitucional, carecen de una justificación razonable, objetiva y congruente con la finalidad de la norma.

Por lo tanto el modelo cuestionado sólo será correcto si contempla ambos géneros y, por supuesto, las figuras femenina y masculina. Además, debía tenerse en cuenta que estábamos en presencia de un modelo establecido en el protocolo de atención sanitaria ante malos tratos domésticos y en consecuencia en el ámbito de competencia de la Consejería de Sanidad que, si bien como el resto de los poderes públicos debe remover los obstáculos para que la igualdad entre hombres y mujeres sea plena y efectiva, al mismo tiempo ha de contemplar a todos los sujetos pasivos de la asistencia sanitaria y de la violencia doméstica en general.

En atención a los argumentos expuestos, esta institución formuló resolución en los siguientes términos:

“Que se proceda a sustituir el actual modelo utilizado en el protocolo sanitario ante malos tratos domésticos por otro en el que se contemplen los géneros femenino y masculino a la hora de identificar a la presunta víctima y se recojan las figuras femenina y masculina a la hora de reflejar las lesiones que en su caso presente la persona (sea hombre o mujer) que acuda a los servicios sanitarios como presunto sujeto pasivo de actos de violencia doméstica”.

A la fecha de cierre de este informe se está a la espera de conocer la postura de la Administración sobre la aceptación o rechazo de la resolución transcrita.