

ÁREA H

ÁREA H

SANIDAD

Expedientes Área.....	95
Expedientes remitidos a otros Defensores	9
Expedientes admitidos.....	77
Expedientes rechazados	7

El año 2002 ha sido un año decisivo para la Sanidad de Castilla y León, al producirse el traspaso de competencias en materia sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma.

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.

Por otra parte, nuestra Comunidad Autónoma se atribuye, en los arts. 34.1.1^a. y 2^a. 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 efecto, el RD 1480/2001, de 27 de diciembre, traspasó a nuestra Comunidad Autónoma las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, implantándose, de forma definitiva, el Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), reservándose la Administración del Estado las funciones de alta inspección. En un primer momento, la gestión fue compartida durante los primeros seis meses del año entre la Administración del Estado y la Comunidad Autónoma, hasta la plena asunción de ésta última de las competencias, a partir del mes de julio de 2002.

Este traspaso de competencias provocó una concreción de la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, al dotar de plenas competencias a la Gerencia Regional de Salud que se encontraba en período transitorio, desde el primer traspaso de competencias de los hospitales integrados en la extinta Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), y, desde 1999, funciones propias del ámbito de

Atención Primaria. Por este traspaso de competencias, se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud por Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, constituyéndose como Organismo Autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, atribuyéndole todos los centros sanitarios que tengan encomendados la Comunidad Autónoma o que se puedan traspasar.

Por tanto, este traspaso de competencias ha supuesto cambios en esta Procuraduría, puesto que la mayor parte de las quejas pueden ya ser tramitadas por esta institución, y ya no son remitidas al Defensor del Pueblo. Igualmente, quiero hacer constar expresamente en este informe el alto grado de colaboración con este Procurador de la Gerencia Regional de Salud en la tramitación de las quejas presentadas por los ciudadanos.

1. SALUD PÚBLICA

1.1. Control e inspección sanitaria de centros

En este apartado, hacemos 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.

Así, cabe citar diversas quejas, las **Q/1362/02**, **Q/1669/02**, **Q/1670/02**, **Q/1671/02**, **Q/1672/02**, y **Q/1673/02** presentadas por un ciudadano sobre las condiciones higiénico-sanitarias de diversos albergues

de peregrinos del Camino de Santiago, en nuestra Comunidad Autónoma; tras pedir información a la Consejería de Industria, Comercio y Turismo, ésta contestó, que carece de competencias en materia de albergues de peregrinos, se pidió información a los distintos ayuntamientos, en cuyos términos municipales radican estos albergues, a fin de obtener más información al respecto, estando a la espera de recibir por parte de alguno de ellos, la información solicitada.

Asimismo, debemos mencionar 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. Admitida la queja a trámite, se solicitó información a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, estando pendiente de estudio.

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, en la **Q/4/02**, se manifiesta las molestias causadas al público por el consumo indiscriminado de tabaco de algunos espectadores que asisten a acontecimientos deportivos, como el baloncesto y el balonmano, en el Pabellón de Deportes Municipal de la capital leonesa.

Admitida la queja a trámite, se solicitó información al respecto al Ayuntamiento de León; este problema hay que analizarlo a la luz de la Ley 3/1994 de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, el consumo de drogas es un fenómeno en el que inciden múltiples determinantes y de los que derivan diversas consecuencias para el individuo y la sociedad, generando una considerable preocupación social y moviliza a su alrededor una cantidad muy importante de esfuerzos y recursos para intentar darle solución.

En el Capítulo II del Título II de la referida Ley en su art. 26 se recogen una serie de supuestos en los que se haya prohibido el consumo de tabaco, y en concreto en su letra K) contempla las instalaciones deportivas cerradas, como lo es el Pabellón Municipal de esta localidad. Sin embargo, también es cierto que se recoge la posibilidad de habilitar las oportunas salas de fumadores (26.2), debiendo estar adecuadamente señalizadas y separadas. En términos análogos se pronuncia el RD 192/1998 de 4 de marzo (arts. 7.h) y 8. 1.)

Recordar que existen datos científicos sobre el riesgo para la salud de los no fumadores vinculados a su presencia en ambientes donde se fuma. Por ello, esta Procuraduría considera adecuado que el derecho a la salud de estos ciudadanos sea respetado, arbitrando medios para que puedan desarrollar su actividad cotidiana (lúdica o profesional, deportiva) sin riesgos deseados o discriminación.

Es cierto que tanto Ley Autonómica como el RD 192/1988 no establece una prohibición absoluta de fumar, pero, 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 aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse el derecho a la salud de los primeros.

En este sentido la Audiencia Nacional en Sentencia de fecha 5-7-1999 dice que la norma 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 tanto, se formuló al Ayuntamiento de León la siguiente resolución:

«Que por parte de esa Administración, previa las comprobaciones oportunas, valore la necesidad de que en aquellos eventos deportivos en que se prevea una afluencia multitudinaria de espectadores, se refuercen las medidas pertinentes al objeto de que los espectadores no fumen en el recinto donde se desarrolla el encuentro deportivo. Como por ejemplo, a través de avisos por megafonía en los tiempos de descanso, de las cintas publicitarias móviles existentes al pie de cancha, la colocación de carteles en sitios bien visibles, comunicaciones a los diferentes Clubes deportivos en este sentido para que por su parte, y dentro de sus posibilidades recuerden a los espectadores las limitaciones o

prohibiciones recogidas en la normativa indicada y finalmente, en los encuentros de máximo aforo o asistencia, se mejoren los sistemas de ventilación del pabellón, como la apertura de las puertas de acceso y las ventanas del mismo, así como todas aquellas otras que los técnicos de esa administración consideren adecuadas en este sentido.

Todo ello sin perjuicio del deber de esa Administración de velar dentro de su ámbito competencial por el cumplimiento de la legislación vigente en materia de consumo de tabaco».

Esta resolución fue aceptada por el Ayuntamiento.

1.3. Drogodependencias

En este campo, hacemos referencia a la actuación de las Administraciones Públicas en el control y tratamiento de los drogodependientes en nuestra Comunidad Autónoma.

Así, cabe citar la **Q/133/01**, relativa a la situación planteada por un drogodependiente a un Centro Ambulatorio de Atención de Cruz Roja (CAD) para su derivación a una Comunidad Terapéutica de la Red regional de atención a drogodependientes de la Junta de Castilla y León, dirigida hacia el tratamiento y rehabilitación de su adicción al alcohol y a otras drogas (cannabis y cocaína).

Intentada por dicho CAD su derivación a un centro de rehabilitación de alcohólicos, con plazas concertadas con la Administración

autonómica, el solicitante entendió que dicho centro no respondía a la atención terapéutica que precisaba la politoxicomanía padecida por el mismo, ni permitía, además, las salidas externas para poder llevar a cabo la rehabilitación que precisaba por las lesiones sufridas como consecuencia de un accidente de tráfico.

Por estas circunstancias, éste optó por el ingreso, a iniciativa propia, en una Comunidad Terapéutica en la que realizó un Programa de desintoxicación, rehabilitación y reinserción de su adicción, y que, a pesar de solicitar el apoyo de la Administración, fue costeada en su totalidad por el propio paciente.

La negativa a asumir administrativamente los citados gastos, según la información facilitada por esa Consejería, se fundamentaba en la inexistencia de plazas concertadas para la rehabilitación en la Comunidad terapéutica de referencia. Pues bien, con independencia del acierto de tal fundamentación, durante los primeros meses de estancia en esa Comunidad Terapéutica, se produjo un hecho que, a juicio de esta institución, pudo ser determinante de un cambio en las circunstancias del caso examinado y, por tanto, de una necesaria intervención administrativa: El reclamante fue condenado en sentencia firme a la pena de un año de prisión, y durante la tramitación de la correspondiente ejecutoria, fue certificado por el centro privado señalado que el penado se encontraba sometido a un tratamiento de deshabitación de su dependencia -a causa de la cual había cometido el hecho delictivo-, por lo que, reuniéndose asimismo el resto de los requisitos

establecidos en el Código Penal, se dictó Auto, acordando la suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad para la sustitución de la misma por la continuación del citado tratamiento en centro terapéutico.

Tal decisión judicial, condicionada a la estancia del paciente en un recurso de deshabituación de su adicción, debe enlazarse con el modelo de actuación desarrollado por la Administración en el ámbito de uno de los graves problemas con los que se enfrenta nuestra sociedad, como es el uso y abuso de las drogas, y del que derivan importantes consecuencias en el ámbito individual, familiar, laboral y social.

Junto al consumo de las drogas institucionalizadas (como las bebidas alcohólicas y el tabaco), han surgido las denominadas drogas no institucionalizadas (como el cannabis, la cocaína, la heroína y las drogas sintéticas), cuya implantación ha provocado repercusiones sanitarias y sociales considerables.

A ello no ha sido ajena la Junta de Castilla y León, que consciente de la notable complejidad de este problema social y de salud pública, aprobó en su día los Planes Regionales y Sectoriales sobre drogas y, complementariamente, una serie de normas en materia de coordinación y de acreditación de centros y servicios; además, profundizando en esta voluntad normativa, y en la necesidad de regular de forma integral el conjunto de actuaciones orientadas hacia la prevención, asistencia e integración social de los drogodependientes en el ámbito competencial de Castilla y León, fue aprobada la Ley 3/1994, de 29 de marzo, en la que se

configura el Sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente como una red asistencial de utilización pública diversificada, en el que se integran de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema sanitario público y del Sistema de Acción Social, junto con recursos privados debidamente acreditados, para completar y diversificar la oferta pública asistencial.

Este modelo de intervención desarrollado por la Administración autonómica para dar respuesta a las consecuencias derivadas del consumo de drogas, se extiende, asimismo, al ámbito judicial y penitenciario.

La especial preocupación por la delincuencia con origen último en la drogadicción, y los consecuentes pronunciamientos judiciales dictados al amparo del ordenamiento jurídico penal, han derivado en la implantación de la necesaria coordinación administrativa. De ahí que la citada Ley 3/1994 viniera a establecer (art. 11) la competencia de la Administración de esta Comunidad Autónoma para proporcionar, a través de centros o servicios públicos o privados acreditados, las alternativas suficientes para las demandas de cumplimiento de medidas de seguridad, remisión condicionada de la pena o cumplimiento de la misma en centro terapéutico, formuladas por la Administración de Justicia.

A este ámbito pudo haber correspondido el supuesto objeto de la presente queja, en el que el órgano judicial, en aplicación del artículo 87 del Código Penal, acordó la suspensión de la ejecución de la pena impuesta al condenado (a causa de ser adicto a las sustancias contempladas en el art.

20.2 del citado texto legal) como forma sustitutiva de la misma por la continuación del sometimiento de éste al tratamiento iniciado para la deshabituación de su drogodependencia, con el fin de ofrecer al penado la oportunidad de superar su adicción, quedando, así, condicionada la remisión definitiva de la pena al transcurso del plazo de suspensión sin haber delinquido y a que se acreditara la deshabituación o la continuidad del tratamiento, determinante de la imposibilidad de su interrupción y, con ello de la necesaria compatibilidad de tal tratamiento con la rehabilitación por la lesión física sufrida en un accidente de tráfico.

Pero el necesario cumplimiento de tales condiciones para la remisión definitiva de la pena, no vino amparado, sin embargo, por la intervención de la Administración autonómica conforme establece la antes señalada Ley 3/1994, al no haberse ofrecido al reclamante-pese a la solicitud efectuada- la alternativa adecuada para la consecución, sin menoscabo económico para éste, del fin perseguido con la resolución judicial dictada, habiendo asumido el mismo los gastos derivados de su observancia.

Por todo ello, se efectuó la siguiente resolución:

«Que se estudie la posibilidad de incluir el caso examinado en el ámbito de las competencias que ostenta la Administración autonómica conforme a lo establecido en el art. 11 de la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes, procediendo, en su caso, al abono de

las cantidades que fueron satisfechas por el reclamante para el tratamiento de la deshabituación de su adicción en la Comunidad Terapéutica, en cumplimiento de la condición exigida en la resolución judicial dictada en su día para la remisión definitiva de la pena impuesta a dicha persona».

Esta resolución no fue aceptada por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, ya que consideraba que la derivación que en su día se produjo era la mejor asignación terapéutica, siendo posible en este centro el cumplimiento de condenas cuando así se establezca por la correspondiente resolución judicial y que, asimismo, el acceso a plazas concertadas en Comunidades Terapéuticas debe realizarse, en todos los casos, por un centro o servicio ambulatorio de tratamiento especializado de las drogodependencias, por lo que no era posible proceder al abono de las cantidades satisfechas por el ingreso en la Comunidad Terapéutica que había elegido el reclamante.

2. 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.

La estructura de estas Zonas Básicas de Salud se encuentra regulada en el Decreto 6/2002, de 10 de enero, por el que se establecen las Demarcaciones Asistenciales; además, esta estructura ha sido completada con la designación de las localidades en dónde se encuentran los diversos Centros de Salud, salvo en la Zona Básica de Salud de Babia, ubicada en la montaña leonesa, que fue objeto de la queja **Q/1407/01**, en dónde se mostraba la disconformidad en la ubicación del Centro de Salud en el municipio de San Emiliano, en vez de la localidad de Hurgas de Babia, en el municipio de Cabrillanes; sin embargo, se procedió al archivo de esta queja, al estar pendiente de resolución judicial.

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, a título de ejemplo, cabe citar la queja **Q/1881/01** que se refiere a la disconformidad de la organización de la atención sanitaria en el municipio de Vega de Valcarce, en el extremo occidental de la comarca del Bierzo, en la provincia leonesa. En esta queja, se planteaban diversos problemas que pasamos describir:

- 1.- No se habían colocado a la vista del público los modelos oficiales del horario de consulta de médico y ATS en los locales de asistencia primaria en este municipio, aunque sí se habían colocado los horarios en un papel corriente y sin firma.

2.- El horario de consulta médica en Vega de Valcarce era de 10:30 a 12:30 de lunes a viernes. Los jueves sólo se atendían las urgencias, y no se despachaban recetas para enfermos crónicos. Los martes, el horario del ATS comenzaba a las 8:30 debido a que ese día se hacían análisis.

3.- No hay consulta los días de fiesta local en Vega de Valcarce, ni tampoco los dos días de fiesta local en Villafranca del Bierzo, dónde está ubicado el Centro de Salud.

4.- Entre las 12.30 horas y las 15:00 horas, no se disponía de asistencia médica alguna, ya que el Centro de Villafranca no empezaba a atender hasta las 15 horas; si alguna persona se desplazaba al centro de Villafranca en esa franja horaria, la remitían al Consultorio de Vega de Valcarce, donde no hay nadie.

5.- Cuando el médico de atención primaria remitía a un paciente a un especialista, éste tenía que desplazarse el día siguiente al Centro de Salud de Villafranca, donde le tomaban nota y le daban el nombre del especialista y, posteriormente, le avisaban telefónicamente a casa sin que fuese obligatorio para el médico de cabecera llevar el volante médico a Villafranca, quedando a su discrecionalidad.

Admitida la queja a trámite, se solicitó información al Ayuntamiento de Vega de Valcarce y a la Gerencia Regional de Salud; del estudio del conjunto normativo aplicable a esta queja, se analizaron todas las cuestiones objeto de queja, para intentar arbitrar una serie de medidas

que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria de los vecinos del municipio de Vega de Valcarce.

La Ley General de Sanidad 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 esta delimitación en el Decreto 32/1988, de 18 de febrero, y en el cual se creó la Zona Básica de Salud “Villafranca del Bierzo”, en dónde se integra el municipio de Vega de Valcarce. Éste comprende una zona montañosa de 70 kilómetros cuadrados que se encuentra en el extremo occidental de la comarca del Bierzo, en la provincia de León lindando con la provincia de Lugo en la Comunidad Autónoma de Galicia. Está integrado por 23 localidades contando en total con 840 Tarjetas Sanitarias Individuales; por lo tanto, nos encontramos con una población muy dispersa y envejecida.

El funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria constituido por los profesionales sanitarios y no sanitarios, que actúan en cada Zona Básica de Salud se encuentra regulado en el Decreto 60/1985, de 20 de junio, sobre organización funcional de las Zonas de Salud de Castilla y León, y de normas para la puesta en marcha de los equipos de Atención Primaria así como la Orden de 6 de junio de 1986, citada anteriormente. En este Decreto se indican las obligaciones de este personal, y se regula el instrumento normativo que debe observarse en el trabajo diario de estos profesionales: el Reglamento del Equipo de Atención Primaria, cuyo contenido mínimo es el siguiente, de conformidad con el art. 6 del Decreto 60/85:

- “a) El horario de funcionamiento y la distribución del trabajo entre sus miembros para la realización de todas las funciones que corresponden a dicho Equipo, según se establece en el art. 4º anterior.
- b) Su sistema de consultas y, en su caso, la coordinación con los siguientes niveles asistenciales.
- c) Las sesiones clínicas y las reuniones generales del Equipo.
- d) El establecimiento de turnos de guardia para garantizar la permanente atención a la población.
- e) Sistema de autoevaluación de las actividades del Equipo que incluirá la elaboración de una memoria anual de actividades.

f) Los criterios para la designación, entre los miembros del Equipo, de los responsables de distintos programas.

g) El sistema de comunicación a la Delegación Territorial de la relación nominativa de los distintos miembros del Equipo que, en cada momento, tengan responsabilidad, ya sea en la dirección de Programas, ya en cualquier otra actividad encomendada al Equipo”.

El Decreto y la Orden establecen un procedimiento para aprobar estos Reglamentos de Equipo de Atención Primaria, y así debía haberse efectuado en la Zona Básica de Salud “Villafranca del Bierzo”, pero no se ha producido todavía desde 1985 hasta nuestros días, tal como reconoce la Gerencia Regional al informarnos que esta Zona Básica todavía no dispone de Reglamento, aprobado por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, que es el instrumento que ha determinado la normativa para su funcionamiento.

Con respecto a la consulta asistencial sanitaria, el Ayuntamiento ha informado que, con respecto al municipio de Vega de Valcarce, la consulta se efectúa en la localidad de Vega de Valcarce, capitalidad del municipio que es dónde se encuentra ubicado el consultorio local; igualmente, la Gerencia Regional ha informado que la consulta a demanda se realiza de lunes a viernes en horario de 10:30 a 12:30, a excepción del jueves, día en que por encontrarse el médico en el Centro de Salud realizando actividades del Programa de Prevención de Cáncer Ginecológico y Cáncer de Mama, no acude a Vega hasta las 12:00 horas.

Sin embargo, hemos de decir que la existencia de un único consultorio local en la localidad de Vega de Valcarce incumple lo dispuesto en el art. 21.5 de la Ley 1/93, de Ordenación Sanitaria de Castilla y León que 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, debería establecerse un consultorio local en tres de sus entidades

locales menores: Ambasmestas, Las Herrerías y Villasinde; por ello, debería prestarse una consulta tres días a la semana en la localidad de Vega de Valcarce, y de un día a la semana en las localidades de Ambasmestas, Las Herrerías y Villasinde que en la actualidad no se dan, mientras que en las restantes diecinueve localidades, la consulta debería darse a demanda, tal como se presta ahora.

Para poder conseguir cumplir el mandato establecido en la Ley de Ordenación Sanitaria, la Administración Autonómica ha establecido un sistema de ayudas para financiar la construcción de Centros de Salud y Consultorios Locales, a las que puede acogerse el Ayuntamiento de Vega de Valcarce, si así lo solicita y cumple lo prescrito en esta Orden. Además, desde esta Procuraduría, se recuerda a la Gerencia Regional de Salud que, de conformidad con el 2º Plan de Salud de nuestra Comunidad Autónoma, se establece como objetivo concreto 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”.

Con respecto a los días de consulta en el Consultorio Local de Vega de Valcarce, debemos decir que es cierto, que éstos son más amplios de los establecidos en la Orden de 1986 señalada anteriormente, que establece que deben ser tres días a la semana, pero recordamos el incumplimiento ya manifestado en el párrafo anterior, en las localidades de Ambasmestas, Las Herrerías y Villasinde deben disponer de consultorio local un día a la semana de asistencia; por esta razón, creemos que deben mantenerse los

días de consulta establecidos hasta la construcción de los consultorios citados.

Para el horario de consultas establecido, la Disposición Adicional Segunda de la Orden de 15 de abril de 1991 citada, impone que el horario de jornada laboral ordinaria sea de 8 a 15 horas de lunes a viernes; según la Gerencia Regional, el horario establecido en el consultorio local de Vega de Valcarce es de 10,30 a 12,30 horas de lunes a viernes, salvo el jueves que es sólo de media hora; sin embargo, es claro que, de conformidad con el art. 10.4 de la Orden, “el sanitario encargado de la asistencia de cada localidad o grupo de localidades, deberá permanecer debidamente localizado en el Centro de Salud o Consultorio Local, para garantizar la asistencia sanitaria, durante el horario de jornada ordinaria”; este artículo debe interpretarse, que la disponibilidad del personal sanitario ha de ser durante la jornada ordinaria, pero lógicamente no en el Consultorio Local o Centro de Salud, ya que en esa jornada ordinaria, también debe prestar la asistencia sanitaria domiciliar que les sea requerida, máxime en este municipio con una población tan dispersa y fuertemente envejecida. Desde esta institución, debemos decir que carecemos de datos para poder saber si el médico está o no está debidamente localizado de 8 a 10,30 horas y de 13 a 15 horas, tal como afirma el autor de la queja, por lo que únicamente recordamos la obligación de que el médico ha de estar disponible de 8:00 a 15:00 horas, y presumimos, por supuesto, que se está produciendo. A partir

de las 15:00 horas hasta las 8:00 horas, la atención sanitaria continuada se presta desde el Centro de Salud de Villafranca del Bierzo.

Con respecto al disfrute de las fiestas locales, el reclamante reitera que en los días de fiesta local de Vega de Valcarce, se ha suspendido la atención sanitaria; ante esto, la Gerencia Regional de Salud nos informa que les corresponde disfrutar las fiestas del municipio de Villafranca del Bierzo, sin que conste en la Gerencia que, en los días de fiesta local de Vega de Valcarce, se haya suspendido la consulta que, por otra parte, es obligatorio mantener en dichas fechas. El Ayuntamiento nos informa que desconoce si el personal médico adscrito a Vega de Valcarce, ha disfrutado de las fiestas locales de este municipio, aunque en particular, durante las fiestas locales del año 2002, han prestado sus servicios. Por lo tanto, queda claro que al personal sanitario que presta sus servicios en el Consultorio Local de Vega de Valcarce, les corresponde disfrutar de las fiestas locales de Villafranca del Bierzo al ser la cabecera de su Centro de Salud, por lo que esta institución tampoco tiene motivos suficientes para presumir lo contrario.

En cuanto a la falta de modelo oficial de cartel informativo de los horarios en el Consultorio Local de Vega de Valcarce, el reclamante alega que están expuestos en un papel corriente y sin firma; la Gerencia Regional de Salud afirma, que no existe un modelo reglado oficial de carácter informativo, existiendo solamente una nota clara y concisa que no ha variado en estos últimos siete años. Desde esta Procuraduría, debemos

indicar que la regulación del horario se establece en el art. 53 de la Orden de 6 de junio de 1986 ya citada; según este artículo, “el horario se determinará en el Reglamento del Equipo interno de cada centro, figurando en él el horario de cada miembro del Equipo y sus actividades” -sin embargo, debemos recordar que la Zona Básica de Salud “Villafranca del Bierzo” carece de Reglamento. En el apartado cuarto de este artículo, se indica la necesidad de que ese horario esté expuesto al público para garantizar su difusión, y se establece un contenido mínimo en el que “se hará constar el horario de consultas, la localización del sanitario dentro de su horario de trabajo cuando esté ausente del Centro de Salud o consultorio, y el horario en que la asistencia queda cubierta por el Servicio de Atención permanente así como la forma de acceder a éste”.

A nuestro juicio, no hay irregularidad alguna en la nota en dónde se establecen los horarios de consulta en el Consultorio local de Vega de Valcarce, ya que conforme al principio antiformalista que rige el Derecho Administrativo, y siempre y cuando, sea clara y comprensible al conjunto de los pacientes del consultorio, es perfectamente válida; lo que sí debe aparecer claramente es el contenido mínimo expuesto en el artículo anterior: no sólo el horario de consulta, sino también la localización del sanitario dentro de su horario de trabajo cuando esté ausente del consultorio y el horario y forma de acceso a la atención continuada en el Centro de Salud de Villafranca del Bierzo.

Con respecto a la citación de especialistas en el Centro de Salud, debemos decir que el reclamante manifiesta su disconformidad con el sistema de citación especializada, por el que el paciente tiene que desplazarse el día siguiente a Villafranca con el volante del médico de cabecera, para que le tomen nota y le digan el nombre del especialista; considera que supone un gran perjuicio para muchos pacientes de elevada edad de este municipio tener que desplazarse 15 kms. para que le puedan dar cita con el trastorno que para ellos supone cuando en muchas ocasiones no disponen de transporte propio.

Sin embargo, la Gerencia Regional de Salud expresa que, al objeto de agilizar los trámites administrativos, la citación a especialistas se hace para el conjunto de la Zona de manera informatizada desde el Centro de Salud de Villafranca, por lo que el paciente se desplaza con el volante del Médico de cabecera al Centro de Salud, al igual que ocurre en todos los consultorios locales de la Comunidad Autónoma.

Ante esta cuestión debemos indicar que el art. 12 de la Orden ya citada dice que “El Equipo de Atención Primaria establecerá en su Reglamento un sistema que garantice la accesibilidad permanente de toda la población a la Asistencia sanitaria”; por lo tanto, vuelve a ser el Reglamento, del que carece esta Zona Básica de Salud, el instrumento que debería garantizar este acceso permanente a la asistencia sanitaria, y garantizar así el derecho a la protección de la salud establecido en el art. 43 de la Constitución española. A falta de este Reglamento, no parece el

sistema establecido por el Equipo de Atención Primaria el más idóneo de citación, ya que no parece lógico que el paciente tenga que desplazarse a Villafranca del Bierzo para que le den día y hora de atención del médico especialista; sería, a juicio de esta institución, mejor articular un sistema de cita previa telefónica, para concertar fecha y hora de atención del médico especialista y que a la vez se comprobase que efectivamente dispone de ese volante del médico de atención primaria, sin que fuese necesario desplazarse al Centro de Salud para concertar esta cita; de esta forma, se lograría el cumplimiento del principio de acceso permanente a la asistencia sanitaria que, junto con el actual descrito por la Gerencia, no se está logrando en el municipio de Vega de Valcarce. Este sistema de cita previa telefónica, en el caso de que así lo considerase conveniente la Gerencia Regional de Salud, se implantaría para que todos los pacientes de los consultorios locales pudiesen acceder a la atención especializada de los Centros de Salud de nuestra Comunidad Autónoma, sin necesidad de desplazarse previamente a éstos para concertar cita con el médico especialista.

Por tanto, se formuló a la Gerencia Regional de Salud la siguiente resolución:

“1. Que, se apruebe lo antes posible por parte de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social el Reglamento de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud “Villafranca del Bierzo”, con el contenido mínimo establecido en el

art. 6 del Decreto 60/1985, de 20 de junio, sobre organización funcional de las Zonas de Salud de Castilla y León y de las normas para la puesta en marcha de los Equipos de Atención Primaria

2.- Que se colabore con el Ayuntamiento de Vega de Valcarce, de acuerdo con la normativa vigente, en la financiación de la construcción de los consultorios locales de las localidades de Ambasmestas, Las Herrerías y Villasinde pertenecientes a este municipio, al contar éstas con más de 50 habitantes de hecho.

3. Que en la exposición pública del horario de funcionamiento del consultorio local de la localidad de Vega de Valcarce, conste no sólo el horario de las consultas, sino también la localización del personal sanitario dentro de su horario de trabajo cuando esté ausente del consultorio local o del Centro de Salud, y el horario en que la asistencia queda cubierta por el Servicio de Atención permanente así como la forma de acceder a éste.

4.- Que se estudie por la Gerencia Regional de Salud la articulación de un sistema de cita previa telefónica al especialista en el Centro de Salud de Villafranca del Bierzo, para evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes del municipio de Vega de Valcarce, y así poder cumplir el principio de accesibilidad permanente de la población a la asistencia sanitaria, de conformidad con el art. 12 de la Orden de 6 de junio de 1986 por la que se aprueban las normas mínimas de funcionamiento de los

Equipos de Atención Primaria; este sistema no sólo debería implantarse en esta Zona Básica de Salud, sino que debería implantarse paulatinamente en todas las existentes en nuestra Comunidad Autónoma, como forma de acceso de la atención primaria en los consultorios locales a la atención especializada en los Centros de Salud”.

Al Ayuntamiento de Vega de Valcarce, se formuló la siguiente resolución:

“1.- Que por parte del Ayuntamiento de Vega de Valcarce se tomen las medidas necesarias para iniciar los trámites de la construcción de los consultorios locales en las localidades de Ambasmestas, Las Herrerías y Villasinde pertenecientes a su municipio al tener las mismas más de 50 habitantes de hecho, encargándose de su posterior conservación y mantenimiento.

2.- Que se colabore, en el marco de las competencias municipales, con la Gerencia Regional de Salud en el resto de las medidas previstas en la resolución dirigida a la Gerencia Regional para una mejora de la asistencia sanitaria en ese municipio”.

Por parte de la Gerencia Regional de Salud, se aceptó el contenido de esta resolución, mientras que el Ayuntamiento de Vega de Valcarce sólo lo hizo de forma parcial, ya que no consideraba conveniente la construcción de otros consultorios locales en las poblaciones mencionadas, y aceptaba la necesidad de solicitar la mejora de otros aspectos, como la

presencia de una UVI medicalizada, ampliación de horario del consultorio como consecuencia de la afluencia de los peregrinos del Camino de Santiago, y que se instale un servicio de urgencias en el municipio, distinto al existente en Villafranca del Bierzo.

En otras ocasiones, las quejas se refieren a las deficientes condiciones de los consultorios locales; así, cabe citar la **Q/796/02**, relativa a las condiciones deficientes de distintos consultorios locales ubicados en Barrios o localidades anexas al municipio de Riaza. Este municipio, con una superficie de 150 km², se encuentra en el nordeste de la provincia de Segovia, en la Sierra de Ayllón, a unos 76 km. de la capital segoviana, lindando con la Comunidad Autónoma de Madrid. Está integrado por la Villa de Riaza y una serie de localidades agregadas a este Ayuntamiento y que son los Barrios de esta Villa: Aldeanueva del Monte, Alquité, Barahona del Fresno, Becerril, Martín Muñoz de Ayllón, El Muyo, El Negredo, Madriguera, y Villacorta, con una población aproximada, en total, de 1.700 habitantes.

Tras admitir la queja a trámite, se solicitó información a la Gerencia Regional de Salud y al Ayuntamiento de la Villa de Riaza; de esta información, se reconoce las carencias en algunos de los consultorios locales denunciados en el escrito de queja.

Del análisis normativo, el criterio que determina que una localidad tenga que contar con consultorio local se encuentra en lo dispuesto en el art. 21.5 de la Ley 1/93, de Ordenación Sanitaria de Castilla y León que

establece que, “todos los núcleos de población superior a cincuenta habitantes dispondrán de un consultorio local”. Todas las localidades anteriormente descritas tienen menos de 50 habitantes de hecho, según las informaciones dadas por el Ayuntamiento y la Gerencia Regional de Salud anteriormente descritas, por lo que no existe obligación legal de disponer de consultorio local en estas localidades, ya que la consulta asistencial sanitaria puede ser a demanda, teniendo que acudir a los consultorios locales más cercanos, o al Centro de Salud.

Sin embargo, del contenido de la información facilitada se observa que las localidades de Becerril, Martín Muñoz de Ayllón, El Negredo, Madriguera y Villacorta tienen Consultorio Local; la localidad de El Muyo carece de consultorio local, aunque, un día a la semana, en el verano, se atiende en una dependencia que la Gerencia Regional de Salud no tiene catalogada como Consultorio, al no reunir las características para ello. Además, la Gerencia Regional de Salud describe que todos los consultorios locales se encuentran en mal estado, salvo el de El Negredo que se encuentra en estado regular. El Ayuntamiento de la Villa de Riaza informa que el Consultorio Local de Madriguera está en obras, aunque la Gerencia Regional entiende que se encuentra en mal estado.

Desde esta Procuraduría, debemos reconocer que, aunque no existe obligación de la existencia de estos consultorios locales en localidades con un número inferior a 50 habitantes de hecho, como son las de objeto de queja, su existencia ha supuesto una mejor calidad y una atención sanitaria

más personalizada de la atención primaria, y constituye una obligación del Ayuntamiento realizar todos los esfuerzos presupuestarios necesarios para que no estén en mal estado y se preste una asistencia sanitaria adecuada. Según el art. 21.5 citado, la obligación de la conservación y mantenimiento de los consultorios locales en los Barrios de la Villa de Riaza que los tienen, corresponde al Ayuntamiento, por lo que es ésta Administración Pública la encargada de mejorar su deficiente estado de conservación.

Dadas las escasas disponibilidades presupuestarias de algunos pequeños municipios de nuestra Comunidad Autónoma y para poder conseguir cumplir el mandato establecido en la Ley de Ordenación Sanitaria, la Administración Autonómica 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 14 de diciembre de 2001, 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 2002 y 2003, a las que puede acogerse el Ayuntamiento de la Villa de Riaza, si así lo solicita y cumple lo prescrito en esta Orden. En este caso, la Gerencia Regional de Salud informa que el Ayuntamiento no ha solicitado subvención alguna para la mejora de estos consultorios locales y que estas convocatorias contemplan subvenciones de hasta el 70% del presupuesto total de la inversión prevista; además, se

informa que estas subvenciones no se condicionan a que el núcleo no cuente con más de 50 habitantes de hecho.

En conclusión, aunque no existe la obligación de que los núcleos con menos de 50 habitantes de hecho dispongan de consultorio local, esta Procuraduría entiende que es necesario que el Ayuntamiento de la Villa de Riaza mejore el mal estado de los ya existentes, de las localidades de Becerril, Martín Muñoz de Ayllón, El Negredo, Madriguera y Villacorta, solicitando las subvenciones pertinentes a la Gerencia Regional de Salud, de acuerdo con la Orden de 14 de diciembre de 2001. De esta forma, se garantiza el efectivo acceso de la población de estos Barrios y el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud, reconocido en el art. 43 de la Constitución Española.

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

“- Que se colabore con el Ayuntamiento de la Villa de Riaza, en el caso de que así lo solicite y de acuerdo con la normativa vigente, en la financiación de la mejora y conservación de los consultorios locales de las localidades de Becerril, Martín Muñoz de Ayllón, El Negredo, Madriguera y Villacorta, pertenecientes a este municipio, para así garantizar el derecho a la protección de la salud recogido en el art. 43 de la Constitución Española”.

Al Ayuntamiento de la Villa de Riaza, se formuló la siguiente resolución:

“1.- Que por parte del Ayuntamiento de la Villa de Riaza, se tomen las medidas necesarias para iniciar los trámites en la mejora de las condiciones de los consultorios locales ya existentes en las localidades de Becerril, Martín Muñoz de Ayllón, El Negredo, Madriguera y Villacorta, pertenecientes a su municipio, para así garantizar el derecho a la protección de la salud recogido en el art. 43 de la Constitución Española.

2.- Que por este Ayuntamiento, se soliciten, para la mejora de los consultorios locales anteriormente citados, las subvenciones pertinentes a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social convocadas por la Orden de 14 de diciembre de 2001, 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 2002 y 2003”.

Ambas resoluciones fueron aceptadas por las Administraciones Públicas implicadas.

Otro de los problemas a los que se refieren los ciudadanos en sus quejas son los medios materiales y personales de los Centros de Salud, especialmente, en las Zonas Periféricas de nuestra Comunidad Autónoma; así, cabe citar la **Q/65/02**, relativa a una presunta deficiencia de asistencia sanitaria en el Centro de Salud de Puebla de Sanabria, en la provincia de Zamora.

Dejando aparte la cuestión estrictamente de la atención médica, debemos centrar nuestra atención en los medios de los que dispone el Centro de Salud de Puebla de Sanabria, partiendo de la base de la configuración de esta zona, como Zona Periférica de nuestra Comunidad Autónoma, al estar situada en el extremo noroeste de la provincia de Zamora y muy cercana a Galicia y a Portugal. Así, la localidad de Puebla de Sanabria se encuentra aproximadamente a 111 Km. del Hospital más cercano situado en la capital zamorana y, en el caso del paciente, a unos 200 Km. de la capital vallisoletana, dónde fue definitivamente tratado. Todo ello implica, a juicio de esta Procuraduría, que la Gerencia Regional de Salud debe tener una especial sensibilidad con Zonas Básicas de Salud, como la de Sanabria, por su lejanía con los centros hospitalarios más cercanos.

En el informe de la Gerencia Regional de Salud, se nos informa que el personal sanitario que trabaja en el Centro de Salud de Puebla de Sanabria es de 9 médicos, 10 enfermeras, 1 auxiliar administrativo y 1 celador, no habiéndose producido reducción de personal, y en el momento en que sucedieron los hechos, se encontraban en el Centro de Salud dos médicos y una enfermera como dotación de los turnos de atención continuada, siendo superior al mínimo establecido en el art. 14. 3 de la Orden de 6 de junio de 1986, que determina un mínimo de dos profesionales sanitarios, de los que uno habrá de ser Médico y el otro Médico o ATS. Además, se han reestructurado los servicios y puestos de

trabajo en atención primaria a través del Decreto 139/2002, de 16 de diciembre, por el que se ha incrementado en un médico la Relación de Puestos de Trabajo de la Zona Básica de Salud de Sanabria.

Con respecto al equipamiento del Centro de Salud, a pesar de los medios de los que dispone descritos por la Gerencia Regional, el propio Director Gerente Regional reconoce la inexistencia de una camilla con ruedas que, a juicio de esta Procuraduría, puede ser un equipamiento importante para aquellos supuestos como es el objeto de esta queja, en los que se traslade al enfermo por los familiares en un vehículo particular de forma urgente. Por lo tanto, esta Procuraduría comparte con el Gerente Regional la conveniencia de su adquisición por la Gerencia de Atención Primaria de Zamora con destino al Centro de Salud de Puebla de Sanabria.

Además, ahondando en el carácter periférico del Centro de Salud de Puebla de Sanabria y su lejanía de los centros hospitalarios, esta Procuraduría entiende que debería mejorarse el sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de esta Zona Básica de Salud. En efecto, el Decreto 228/2001, de 27 de septiembre, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Urgencias y Emergencias Sanitarias, parte, en su Exposición de Motivos, del art. 15 de la CE que regula el derecho fundamental a la vida y el art. 43 de la CE que proclama el derecho a la protección de la salud, para reconocer que las distintas Administraciones Públicas se organicen, planifiquen y coordinen para tratar de garantizar estos derechos, a través de la adopción de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios

necesarios, al ser las catástrofes, emergencias y urgencias sanitarias, aquellas situaciones críticas en la que estos derechos se vean amenazados. Por ello, se establecen una serie de medidas a tomar por la Administración Autónoma hasta el año 2005, en distintos campos, entre los que vamos a destacar el referido al Sistema de Urgencias en Atención Primaria establecido en el punto 3.2 del Anexo del Plan Mencionado, que pasamos a transcribir literalmente:

- Renovación del 90% de los de la flota de vehículos de los Equipos de Atención Primaria.

- Telemedicina: Desarrollo de sistemas de transmisión de imágenes radiológicas en los Centros de Salud. Implantación de Sistemas de teleelectrocardiografía. Sistemas de monitorización de constantes vitales en centros de especialidades en el 100% de los Centros de Salud.

- Adecuación del espacio arquitectónico del Área de Atención Continuada en todos los Centros de Salud.

- Localización de los profesionales a través de telefonía móvil en todos los centros de salud.

- Informatización de los centros de salud y conexión con Atención Especializada.

- Formación en urgencias-emergencias como integrantes importantes del sistema de emergencias, garantizando que en el año 2003 todos los equipos de Atención Primaria estarán formados en técnicas de

soporte vital básico, en técnicas de soporte vital avanzado, en la atención inicial al trauma grave, así como el manejo de la actuación ante situaciones de accidente de múltiples víctimas o desastres. Actualización de los conocimientos en las técnicas dirigidas a la atención urgente al menos cada 4 años.

- Adecuación de helisuperficies cercanas a los centros de salud para facilitar posibles traslados sanitarios urgentes en helicóptero.

- Establecer equipos y medios de tratamiento para la atención urgente en los 218 puntos de atención continuada (100% de desfibriladores semiautomáticos, electrocardiografía, pulsioximetría, Chalecos identificativos y de autoprotección, maletines de soporte vital)

Este Plan ha establecido una serie de objetivos en la Atención Urgente Primaria, que deben constituir un mínimo para reforzarse y mejorarse, en las Zonas Básicas de Salud periféricas y alejadas de los centros hospitalarios, como es el caso que estamos analizando en Sanabria. Para mejorar estos medios materiales sanitarios en los supuestos de emergencias sanitarias, esta Procuraduría entiende que debería suscribirse un Convenio de Colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y el Ayuntamiento de Puebla de Sanabria para la mejora de la Atención Urgente Primaria.

La Ley de Bases de Régimen Local establece en su art. 25.2 i) como competencia municipal, “la participación en la gestión de la atención primaria de la salud”, que se ha desarrollado en los arts. 56 y ss de la Ley

14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que ha determinado la participación de las Corporaciones Locales en las Áreas de Salud y en los arts. 19 y 57 de la Ley de Castilla y León 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación sobre el Sistema Sanitario, que determinan la participación de las Corporaciones Locales, especialmente en el caso que nos atañe, de los Ayuntamientos con mayor población de derecho en el Consejo de Salud de la Zona Básica; correspondería por tanto, un Zona al Ayuntamiento de Puebla de Sanabria.

No es misión de esta institución señalar aquellas medidas que deben ser adoptadas en la mejora de la atención urgente en la atención primaria y para la consecución de los objetivos señalados en el Plan Estratégico mencionado; dicha tarea corresponde a las Administraciones implicadas en el legítimo ámbito de las decisiones políticas y de la discrecionalidad administrativa. A mero título de ejemplo, señalar el Convenio de Colaboración suscrito el 22 de julio de 2002 entre la Gerencia Regional de Salud y el Ayuntamiento de Aranda de Duero en materia de emergencias sanitarias, publicado en el *BOCYL* de 3 de octubre de 2002. En este Convenio, se acuerda habilitar una superficie aneja al Centro de Salud como helisuperficie destinada al aterrizaje de helicópteros de emergencias sanitarias –del que se habla en la queja y que puede ser un elemento esencial en la atención primaria urgente en Zonas Básicas de Salud como Sanabria-, y medidas de formación y entrenamiento del personal para implantar una Unidad Medicalizada. Además, las medidas que se pudieran

establecer en este Convenio para el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico mejorarían, no sólo la atención primaria urgente en la Zona Básica de Salud de Sanabria, sino también en Zonas Básicas limítrofes como las de Alta Sanabria y Carballeda.

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

“1.- Que por parte del órgano competente de la Gerencia Regional se dote al Centro de Salud de la Zona Básica de Salud de Sanabria de una camilla con ruedas para el transporte de los enfermos del exterior al interior del edificio del Centro de Salud.

2.- Que se estudie la suscripción de un Convenio de Colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y el Ayuntamiento de Puebla de Sanabria en materia de emergencias sanitarias, para conseguir una mejor y una mayor dotación de medios en la Atención Primaria Urgente en el Centro de Salud de Puebla de Sanabria y de esta forma poder alcanzar los objetivos previstos en el Decreto 228/2001, de 27 de septiembre, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Urgencias y Emergencias Sanitarias”.

Al Ayuntamiento de Puebla de Sanabria, se formuló como resolución, el segundo punto de la dirigida a la Gerencia.. Ambas Administraciones Públicas aceptaron el contenido de la resolución, en lo que se refería a su disponibilidad de firmar un Convenio de colaboración para la mejora de la atención primaria en la zona Básica de Salud de

Sanabria, manifestando, sin embargo, una radical discrepancia en cuanto a su contenido y financiación, por lo que esta institución espera que de la forma más breve posible y, respetando la autonomía de la voluntad de estas Administraciones, se logre un acuerdo entre ambas partes.

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.

El mayor número de quejas al respecto son las relacionadas con la atención buco-dental. En primer lugar, he de referirme a los problemas para deslindar una intervención meramente estética y las procedentes de una enfermedad en este campo de prestaciones. A título de ejemplo, cabe citar la **Q/414/02**, que en su momento, se dirigió el autor de la queja ya al Defensor del Pueblo, y ahora, tras el traspaso de competencias a esta Comunidad Autónoma, volvió a presentar la queja. En este caso, se hacía alusión a la falta de ayudas a un niño por parte de la Administración Pública en el tratamiento bucodental necesario para la curación del Síndrome de Treacher-Collins. Según el contenido de la queja, este síndrome consiste, a grandes rasgos, en malformaciones físicas en la cara, pabellón auditivo, oído medio e interno y otros trastornos a nivel hormonal como el retraso en el crecimiento. Este niño ha recibido asistencia sanitaria financiada por el Sistema Público de Salud en el oído, pero no en lo que respecta al tratamiento bucodental que, según el contenido de la queja, ha

sido indicado por el Servicio de Maxilofacial del Hospital Doce de Octubre de Madrid y prestado por un odontólogo privado, sin que sea una cuestión estética.

Tras dirigirnos a la Gerencia Regional de Salud, se nos informó, en primer lugar, que el Síndrome de Treacher-Collins, es un síndrome malformativo raro, que en España tiene una frecuencia mínima, estimada en el 0,07 por cada 10.000 nacimientos, por lo que, hasta la fecha, se han publicado en torno a 500 casos. Se caracteriza por una afectación mandíbulo-facial de carácter hereditario, cuyo modelo de herencia es autosómica dominante, lo que conlleva un riesgo de recurrencia del 50% en cada embarazo de las personas afectadas. El tratamiento existente es sintomático y consiste en la corrección quirúrgica de las alteraciones faciales y en el tratamiento ortodóncico complementario que, cuando no es satisfactorio, requiere también la reconstrucción quirúrgica.

De acuerdo con lo dispuesto en el RD 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, los tratamientos requeridos por el referido síndrome antes descritos son financiados por la Seguridad Social y, en concreto, los mismos fueron administrados a este niño en los Hospitales Niño Jesús y Doce de Octubre de Madrid, a excepción de la ortodoncia, al no estar expresa y específicamente, entre los incluidos en el Anexo I del citado Real Decreto, relativo a las prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad

Social o fondos estatales adscritos a la Sanidad, por lo que se denegó la solicitud de reintegro de gastos por parte de la anterior Dirección Provincial del Insalud, como consecuencia del tratamiento de ortodoncia recibido en una Clínica Dental Infantil de Madrid, así como su posterior denegación de reclamación previa también formulada por el citado reclamante.

Sin perjuicio de otros programas de salud bucodental infantil que actualmente vienen desarrollándose por la Gerencia Regional de Salud, procede informar que no existe específica y actualmente una línea de subvenciones por parte de esta Administración Sanitaria para financiar el tratamiento complementario de ortodoncia ligado al síndrome citado.

Por lo anteriormente expuesto, y dejando claro que, con carácter general, el tratamiento de ortodoncia actualmente no está incluido entre las prestaciones sanitarias facilitadas y financiadas por el Sistema Nacional de Salud conforme a lo establecido por el RD 63/ 1995, la particularidad del hecho que motiva la queja justificó su reconsideración por parte de esta Gerencia Regional de Salud en base a los siguientes fundamentos que paso a transcribir a continuación:

“- El apartado 2 del art. 4º de nuestra Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León incluye el "derecho de los niños y de los que padecen enfermedades crónicas e invalidantes a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes en el Sistema de Salud de Castilla y León".

- Asimismo, el art. 20.6 de la Ley 14/2002, de 25 de julio, de Protección a la Infancia en Castilla y León, -establece que 'se garantizará la atención preferente y la asistencia específica a los niños y adolescentes con patologías, discapacidades o necesidades especiales'.

- Tales previsiones legales aconsejan superar una interpretación textual de la norma (RD 63/1995), avanzando en el terreno de su interpretación conjunta y teleológica y que para el supuesto concreto que se analiza, obliga a considerar que la continuidad del tratamiento de ortodoncia requerido por el niño, se inscribe en el seno de un procedimiento sanitario más amplio y caracterizado, por estar cubierto por el Sistema Nacional de Salud y tratado por éste en centros hospitalarios de Madrid, ser preparatorio de intervenciones quirúrgicas posteriores y estar dirigido a atender un síndrome que conlleva diferentes malformaciones en el rostro.”

La Gerencia Regional de Salud cambió el criterio a aplicar en la financiación del tratamiento de ortodoncia requerido por el citado niño, por lo que se procederá a la financiación pública de este tratamiento en un futuro y se celebrará una reunión con el padre del niño, a fin de valorar la solución que jurídica y oportunamente pueda permitir la compensación económica anteriormente denegada.

El caso planteado, junto con otros similares, y la demanda de la población para que se incluya la asistencia bucodental a los menores de 15

años, ha motivado el estudio de la inclusión de esta prestación en el Sistema Regional de Salud, que se realizará progresivamente en dos años, iniciándose en el 2003, una vez publicadas las normas oportunas.

En conclusión, se resolvió por la Gerencia Regional de Salud, y, como novedad, se anunció la financiación pública y progresiva de la atención buco-dental a los menores de quince años de edad.

Otra de las cuestiones a tratar en la atención buco-dental son las quejas relativas a una deficiente prestación sanitaria que provoca unos gastos a los usuarios de la sanidad pública que no deben asumir. Así, en la **Q/336/02**, se refiere a un paciente de aproximadamente 80 años de edad, con problemas de corazón que está tomando Sintróm para la coagulación de la sangre, y fue citado a las 11 menos cuarto en un Centro de Salud de la capital segoviana, para extraerle una muela, debiendo tomar una hora antes 4 comprimidos de Clamoxil 750 mg. El paciente llegó diez minutos antes a la consulta, y no pudo ser atendido por el odontoestomatólogo, ya que no se encontraba en la consulta tras ser llamado repetidas veces. Por todo ello, decidió acudir a una clínica dental privada, por el trastorno que le suponía esperar un día más debido a sus problemas cardíacos, y solicitó el reintegro de gastos, siéndole denegado tras el traspaso de competencias, por la Gerencia de Salud de Segovia.

Tras admitirla a trámite y recibir la contestación correspondiente de la Gerencia Regional de Salud, se procedió a analizar esta queja. En primer lugar, tenemos que analizar, el tema de la responsabilidad de la

Administración sanitaria en la falta de asistencia sanitaria, y si realmente concurrieron causas de fuerza mayor, que alega la Gerencia Regional de Salud, en la ausencia del facultativo

La responsabilidad sanitaria se encuentra incluida dentro del instituto jurídico de la responsabilidad administrativa que se inicia en nuestro ordenamiento positivo con 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 de la 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.

Además, la jurisprudencia ha acudido a una mayor objetivización de la responsabilidad patrimonial. De esta manera, todo paciente es consumidor o usuario de un servicio sanitario y, por lo 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 al determinar que 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 aquellos, 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.

En este supuesto concreto, la propia Administración sanitaria reconoce que el paciente había sido citado a las 10,45 horas, para realizar una extracción dentaria y que éste acudió con antelación a la cita, dónde comprobó que el odontoestomatólogo que le tenía que atender no estaba allí, debido a que se había tenido que ausentar por el ejercicio de su cargo representativo, por lo que queda claro que se dieron, en principio, algunos

de los elementos que determinan la responsabilidad administrativa reconocido por ambas partes:

- Efectiva realidad de un daño o perjuicio: no se dio la prestación sanitaria el día para el que estaba citado; por ello, en el escrito de la Dirección Médica de Atención Primaria de Segovia reconoce las molestias causadas y le pide disculpas.

- 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: se ha producido un perjuicio a este paciente por la falta de asistencia sanitaria debido a que el médico no estaba a la hora citada.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño por su propia conducta: no hay retraso imputable al paciente y éste no es responsable de que el Doctor no estuviera en la consulta.

La cuestión clave, por tanto, es dilucidar si el abandono de la consulta de odontología por parte del facultativo por causas debidas a su cargo representativo, se considera fuerza mayor o no. Ésta se da, de acuerdo con la jurisprudencia reiterada del TS y la doctrina del Consejo de Estado, en el momento en que concurren dos requisitos: determinación absolutamente irresistible, aun en el supuesto de que hubiera podido ser prevista y exterioridad, en el sentido de que la causa productora de la lesión ha de ser ajena al servicio y al riesgo que le es propio; así, se dictaminó en la STS de 23 de mayo de 1986: “Aquellos hechos que, aun siendo

previsibles, sean sin embargo, inevitables, insuperables e irresistibles, siempre que la causa que los motive sea extraña e independiente del sujeto obligado”, la STS de 19 de abril de 1997 y la STS de 13 de diciembre de 2001.

Normalmente, la causa de fuerza mayor se debe exigir de hechos, por tanto, procedentes de fenómenos naturales y realmente imprevisibles: terremotos, circunstancias atmosféricas excepcionales, etc., pero no cabe predicarse, en absoluto, del hecho de que este cargo representativo deba acudir a una cita, por ser una cita derivada del ejercicio de su cargo, cuando además, era consecuencia del ejercicio de sus competencias ordinarias.

Esta Procuraduría entiende que se produjo, por tanto, una ausencia injustificada del puesto de trabajo del médico, sin autorización del superior responsable, ya que la propia Gerencia Regional de Salud así lo reconoció en su informe, al afirmar que se han cursado instrucciones a la Gerencia de Atención Primaria de Segovia, recordando la obligatoriedad de notificar al responsable superior, cualquier ausencia del trabajo para su autorización y, en su caso, sustitución por otro profesional, para que estos hechos no vuelvan a ocurrir, y en ningún caso, encuadrables dentro del supuesto de fuerza mayor, al ser el motivo de esta ausencia ni irresistible, ni ajeno al cargo que desempeña el mencionado doctor.

De esta forma, por causas ajenas a su voluntad e imputables a la Administración sanitaria, por los motivos expuestos anteriormente, al paciente no le pudieron realizar la extracción dentaria, a pesar de estar

debidamente citado, y ser ésta una prestación sanitaria incluida dentro del ámbito de aplicación de la atención buco-dental del Anexo I del RD 63/95, de 20 de enero. Además, hay un hecho muy relevante, a juicio de esta Procuraduría, como es el supuesto de que este usuario había sido sometido a un tratamiento previo, dada su condición de cardiópata, que le obliga a seguir un tratamiento indefinido para mantener hipocoagulable la sangre: de esta forma, se debía ajustar la dosis de anticoagulante para realizar la extracción dentaria.

Queda claramente acreditado que la falta de asistencia sanitaria causaba al paciente un trastorno más grave que si fuera un paciente normal, dada su condición de cardiópata. Así, desde la Gerencia de Atención Primaria de Segovia se le ofreció, tras consulta verbal con el Servicio de Hematología del Hospital General de Segovia, la demora de la extracción en 24 horas, pero que obligaba al paciente a ajustar la dosis de anticoagulante nuevamente, siendo informado de ello, según manifiesta la Gerencia, pero sin que quede constancia de ello.

Sin embargo, el paciente optó por acudir a un odontólogo privado el mismo día, y solicitar el reintegro de los gastos derivados del arreglo bucal ese mismo día, dirigido a la Dirección Provincial de Segovia, siendo denegado por ésta con fecha 14 de febrero de 2002, al entender, de conformidad con el art. 5.3 del Real Decreto, que no estamos en un caso de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, y al haberse ofrecido la utilización de los servicios sanitarios públicos al paciente.

Esta Procuraduría está de acuerdo en que no estamos ante una asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, ya que la extracción dentaria no se encuadra dentro de este supuesto establecido en el art. 5.3 del Real Decreto; sin embargo, estos gastos derivan de una asistencia defectuosa de la Administración sanitaria -la ausencia injustificada del facultativo en horas de consulta- que ha determinado la imposibilidad de extraerle la pieza dentaria en el día y hora en que estaba citado. No cabe tampoco admitir como motivo el hecho de que se le permitió la posibilidad de extraer la pieza dentaria al día siguiente, porque nos encontramos ante un enfermo crónico de una cardiopatía que precisa de tratamientos continuos, y obligaría a otro reajuste en la medicación anticoagulante, debido a causas -no lo olvidemos- imputables a la Administración sanitaria.

Por estos motivos, no cabe considerar el hecho de acudir a una clínica privada, una cuestión abusiva por parte del paciente, sino plenamente justificado por los sucesos acaecidos y para evitar un nuevo ajuste en su medicación; esta elección le pareció en su momento totalmente respetable a la Gerencia de Atención Primaria de Segovia.

A nuestro juicio, parece totalmente claro que nos encontramos ante una asistencia sanitaria defectuosa, que, anteriormente a la regulación del RD 63/1995, de 20 de enero, se subsumía en el instituto del reintegro de gastos (STS de 26 de abril de 1990 y Sentencia de la Audiencia Provincial de Segovia de 14 de abril de 1992), pero que, tras la precisión del art. 5.3

citado, y la introducción de la Disposición Adicional Duodécima en la Ley 30/92, por la Ley 4/1999, de 13 de enero, corresponde a la responsabilidad administrativa, y se enjuicia en el orden jurisdiccional contencioso-administrativo; a título de ejemplo, cabe citar la Sentencia de 1 de febrero de 2001, de la Sala de lo Social del TSJ de Cantabria.

No cabe, en definitiva, que la Administración alegue la prescripción de esta responsabilidad administrativa, puesto que, el mismo día que sucedieron los hechos, el reclamante solicitó el abono de los gastos ocasionados por vía de reintegro de gastos y la Gerencia de Salud de Segovia debería haber calificado, de acuerdo con la normativa vigente, como un expediente de responsabilidad patrimonial, de acuerdo con el art. 110.2 de la Ley 30/92; esta capacidad de recalificación que tiene la Administración Pública con respecto a los recursos administrativos, se debe extender a cualquier escrito que presente un administrado frente a la Administración, aunque no se trate propiamente de un recurso (Dictámenes del Consejo de Estado 1305/92, de 3 de diciembre de 1992 y 1596/92, de 14 de enero de 1993).

Por todo ello, se formuló la siguiente resolución:

“1.- Que se incoe por el órgano competente de la Gerencia Regional de Salud expediente de responsabilidad patrimonial por una asistencia sanitaria defectuosa, en el sentido de reintegrarle los gastos derivados de la extracción dental.

2.- Que se tomen las medidas pertinentes por la Gerencia de Atención Primaria de Segovia, para recordar la obligación de notificar al responsable superior cualquier ausencia del trabajo para su autorización y, en su caso, sustitución por otro profesional, para así evitar futuros perjuicios y molestias a los pacientes, y que no vuelvan a suceder casos como el que ha sido objeto de estudio en esta queja”.

La Gerencia Regional aceptó el contenido de esta resolución.

Otro grupo de quejas se refiere a la atención buco-dental en el sector privado, así, la **Q/1768/02**, se refiere a una presunta falta de atención médica a un niño de Valladolid, por parte de un dentista privado.

Según el escrito de queja, este niño acudió a una clínica dental, para colocarse una mentonera y corregir la malposición dentaria, al igual que le colocó unos aparatos en los dientes superiores; sin embargo, se produjo un mal tratamiento dentario, que supuso ponerle una nueva ortodoncia y proceder a una operación quirúrgica.

Se puso este caso en conocimiento de la Administración Autonómica, siendo contestado que, este facultativo es titular de una consulta de estomatología en Valladolid, y que se encuentra autorizada, debiendo acudir, bien al Colegio Profesional, bien a la jurisdicción ordinaria. Sin embargo, el reclamante no se muestra conforme con esta respuesta y entiende que debe procederse a una actuación de la

Administración Autonómica al respecto, ya que además, no se han facilitado una serie de radiografías efectuadas al niño.

Admitida la queja a trámite, está pendiente de estudio.

Por último, hemos de mencionar la existencia de otras quejas como la falta de pediatras en determinadas Zonas Básicas de Salud en el medio rural; a mero título de ejemplo, cabe citar la queja **Q/2098/02**.

2.3 Atención hospitalaria

En este apartado, debemos hacer referencia en primer lugar, el hecho de que se ha ampliado en gran medida el número de hospitales dependientes de la Administración Autonómica, tras el traspaso de competencias efectuado.

En un primer grupo de quejas, se encuentran las referidas a la atención hospitalaria por parte de los distintos servicios hospitalarios; así, cabe mencionar por su especial gravedad la queja **Q/1619/02**, relativa a un presunto mal funcionamiento del Servicio de Oncología de un hospital de nuestra Comunidad Autónoma. La queja se refiere a una paciente operada de un proceso cancerígeno de mama en 1999, que fue revisada hasta el año 2001, y posteriormente, en abril de 2002, se empezó a sentir mal, por lo que tuvo que acudir al hospital; tras múltiples análisis y exámenes tanto de centros de atención primaria, como del propio hospital; y llegar a perder la confianza, decide acudir a un centro hospitalario privado, y en ese momento, le diagnostican una metástasis ósea y pulmonar, al haberse

reproducido el proceso cancerígeno. Además, la Gerencia del Área de Salud deniega a la paciente el reintegro de los gastos producidos en la clínica privada.

Admitida la queja a trámite, y tras solicitar información a la Gerencia Regional, debemos partir de que el cáncer es uno de los problemas de salud más relevante en las sociedades desarrolladas, y esta especial relevancia ha determinado que la Comunidad Autónoma haya aprobado un instrumento normativo específico, como ha sido el Decreto 122/2002, de 7 de noviembre, por el que se aprueba la Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León 2002-2004, con la doble finalidad, tal como se expone en su Exposición de Motivos, de “impulsar nuevas actuaciones en la lucha contra la enfermedad y coordinar e integrar las actividades contra el cáncer que forman parte de diversos planes y programas”.

Analizando en primer lugar, el programa de seguimiento de cáncer de mama establecido de forma orientativa, en el Servicio de Oncología de éste hospital, comprende un seguimiento cada tres o cuatro meses, durante el primer año ó año y medio de tratamiento; cada seis meses hasta los tres años; cada 8 a 10 meses, hasta los 5 años y anualmente, a partir de esa fecha. Este programa orientativo se basa en Recomendaciones Clínicas Mínimas, formuladas por Instituciones como la Asociación Americana de Oncología Médica o las Sociedades Europeas y Española de Oncología Médica.

Sin embargo, la propia Gerencia Regional de Salud reconoce la existencia de un fallo en este programa de seguimiento, puesto que, en el informe clínico de junio de 2001, tras la última revisión practicada, se omite la fecha de revisión, ya que, mientras se señalaba literalmente “Revisión en consulta externa de M. Interna-Oncología, previa petición de cita con 4 meses de antelación”, debía haber dicho, “Revisión en consulta externa de M. Interna-Oncología, dentro de seis meses, previa petición de cita con 4 meses de antelación”; de esta manera, aunque es cierto que la paciente tenía acceso directo al Servicio de Oncología del hospital, se produjo una interrupción de la periodicidad de las revisiones y un incumplimiento de los plazos prefijados en el programa de seguimiento del cáncer de mama establecido en ese hospital, por una causa no imputable a la paciente, sino a la Administración sanitaria.

Posteriormente, según el relato de los hechos ya transcrito, la reclamante siente malestar y un fuerte dolor a partir del mes de abril, lo que provoca que, por propia iniciativa, ante la falta de seguimiento del proceso oncológico, acuda al Servicio de Oncología; tras los distintos avatares ya mencionados, acaba en el informe clínico de julio de 2002, que confirma la metástasis ósea y afectación pulmonar.

La cuestión clave, por tanto, es determinar si la Administración sanitaria incurrió en responsabilidad administrativa. El instituto de la responsabilidad administrativa 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.

En lo que respecta al nexo de causalidad, siguiendo la Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 102/2000, de Pamplona, “ha de señalarse que el criterio sustentado por una reiterada jurisprudencia, de la que son muestras significativas las SSTS de 12 de julio de 1988 y de 7 de febrero de 1990, entre otras muchas, en el sentido de descartar en la conducta de los profesionales sanitarios toda clase de responsabilidad más o menos objetiva y de rechazar la inversión de la carga de la prueba, admitida para los daños de otro origen, con la consiguiente carga para el paciente de acreditar la relación o nexo de causalidad y la culpa de aquellos, y adición a la relación material o física del reproche culpabilístico, susceptible de manifestarse a través de la negligencia

omisiva de la aplicación de un medio, o más generalmente, en una acción culposa”.

Sigue la referida Sentencia, “...ha cedido paso a una consideración objetiva de la responsabilidad patrimonial en materia sanitaria, de la que se hace eco, entre otras, la STS de 30 de octubre de 1999”. Esta Sentencia, en el primero de sus fundamentos jurídicos, afirma, siguiendo el criterio tradicional anteriormente expuesto que “es doctrina jurisprudencial consolidada la que, con base en los preceptos que establece aquélla (responsabilidad), entiende que la misma es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, como incorrectamente sostiene el Tribunal “a quo”, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque como hemos declarado en esta última, es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido”. Por lo tanto, en el caso de la responsabilidad médica, según jurisprudencia consolidada, el médico-sanitario tiene una obligación de medios o actividad y no de resultado, tal como ha determinado una consolidada jurisprudencia: entre otras, cabe citar las Sentencias del TS de 8 de mayo de 1991, 2 de febrero, 7 de julio y 15 de noviembre de 1993, 12 de julio y 24 de septiembre de 1994, 16 de febrero de 1995, 23 de septiembre y 15 de octubre de 1996, 22 de abril de 1997 y 9 de diciembre de 1999; la excepción es con respecto a la cirugía estética, vasectomía, odontología y ligaduras de trompas, en el que la obligación es de actividad.

Pero, este 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. 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 el daño producido, cuando han acreditado suficientemente una serie de hechos y 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”.

En este supuesto concreto, partimos de un error reconocido por la propia Gerencia Regional de Salud, como es el hecho que, a la paciente se le haya interrumpido el programa de seguimiento oncológico, tras la operación quirúrgica realizada, por causa imputable a la Administración sanitaria, y contraviniendo las Recomendaciones Clínicas Mínimas establecidas en las normas de la Unidad de Oncología Médica del Hospital. Posteriormente, desde mayo hasta julio, que es el momento en que se le diagnostica la metástasis ósea y pulmonar, la reclamante acude tres veces al

Centro de Salud, en las fechas por ella indicadas y también al Servicio de Urgencias del Hospital el día 28 de junio, en dónde muestra su disconformidad con el tratamiento prestado por el facultativo, al manifestar en la firma su alta voluntaria. Por lo tanto, se observa una disconformidad en el tratamiento dado y ha transcurrido un tiempo en el que la paciente, observando gran diligencia para mejorar su salud, ha acudido a los servicios de atención primaria y atención especializada en los servicios hospitalarios, hasta que se ha producido el diagnóstico definitivo.

Esta Procuraduría no tiene elementos de juicio suficientes para determinar si el médico obró conforme con las técnicas establecidas en los protocolos médicos, y tampoco tiene elementos para dudar que su actuación se haya dado conforme a la práctica médica. Además, en lo que se refiere a la responsabilidad del personal sanitario, se descarta totalmente la responsabilidad objetiva, correspondiendo la carga de la prueba al paciente perjudicado; así nos lo dice la doctrina legal en innumerables sentencias, donde se insiste en que “en la conducta de los profesionales sanitarios queda descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, estando a cargo del presunto perjudicado la demostración de la existencia de una acción culposa o negligente”. Por ello, en el caso de la conducta del facultativo, debería la paciente demostrar la existencia de un nexo causal claro, entre la omisión de la continuidad del programa de seguimiento y las

posteriores exploraciones en los meses de mayo, junio y julio de 2002 y la aparición de la metástasis ósea y pulmonar.

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; de esta forma, se ha reconocido en la jurisprudencia del TS. Así, se reconoció en la precursora Sentencia de la Sala 1ª del TS de 16 de diciembre de 1987 cuando establece -y así se recoge en la Sentencia de esta misma Sala de 1 de mayo de 2002-. Asimismo, la jurisprudencia ha acudido a la denominada teoría de la “culpa virtual” para determinar la responsabilidad hospitalaria para evitar una carga de la prueba “diabólica” para el presunto perjudicado.

Incluso, la jurisprudencia ha acudido a la idea del “conjunto de posibles deficiencias asistenciales” para poder determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, así, se ha reconocido en la Sentencia del TS de 17 de mayo de 2002, que determina en el Fundamento Jurídico Sexto “Cuando la reclamación se formula contra una Administración Sanitaria, los Tribunales se orientan en una línea de responsabilidad prácticamente objetiva, de suerte que la institución demandada es condenada a indemnizar por virtud del resultado acaecido, esto es, abstracción hecha de que quede acreditada en el juicio la culpa de algún facultativo concreto o, en general, de un profesional sanitario, de los que hubieren intervenido en la asistencia al enfermo. Cuando así ocurre, los

Tribunales acuden a la idea de “conjunto de posibles deficiencias asistenciales”, lo que exime al paciente de la prueba en cuál de los momentos de la atención médica se produjo la deficiencia y, por tanto, de la prueba de la identidad del facultativo que hubiere podido incurrir en ella”.

Esta línea jurisprudencial, con tendencia objetivadora, se ha recogido igualmente en la denominada “jurisprudencia menor” de los TSJ y de los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo; así cabe citar, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de Granada del TSJ de Andalucía, de 13 de diciembre de 1999 y la Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de Pamplona de 21 de junio de 2000.

De esta forma, se entiende que el mejor sistema para dilucidar la posible de una responsabilidad administrativa, es que se incoe el pertinente expediente de responsabilidad patrimonial, al haber indicios de una presunta asistencia sanitaria incorrecta, en su conjunto, a la paciente, y no haberse procedido a continuar con el programa de seguimiento del cáncer de mama que había padecido. Igualmente, se entiende desde esta institución, que éste es el procedimiento más indicado para la presentación de las oportunas pruebas y alegaciones, tanto por la paciente, 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”; además, este procedimiento de responsabilidad patrimonial es un requisito preprocesal ,para poder acudir ulteriormente, en su caso y si así lo considerase conveniente, a la vía jurisdiccional.

En conclusión, desde esta Procuraduría, se recomienda que se acuerde de oficio por parte del órgano competente, incoación del oportuno expediente de responsabilidad administrativa para dilucidar si se ha incurrido en un supuesto de responsabilidad sanitaria por parte de la Gerencia Regional de Salud, en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante en el Hospital, y fijar el *quantum* indemnizatorio, en su caso.

Con respecto al reintegro de gastos, queda claro que se produjo, tal como dice el informe de la Gerencia Regional de Salud, una pérdida de la relación de confianza entre los doctores del Servicio de Oncología del Hospital, y la paciente; por ello, la Dirección Médica del Hospital entendió que la mejor opción era la canalización del paciente a la clínica privada que fue autorizada por la Subdirección Provincial de Asistencia Sanitaria.

Sin embargo, existe contradicción con la versión dada por la reclamante, ya que ésta dice que solicitó el traslado en la oficina de atención al paciente, y que al día siguiente, de palabra, el médico responsable, le dijo: “están todos los papeles en curso y que en unos días estaría la autorización, deseándole que lo que había empezado mal, acabase bien”. Sin embargo, en nota interior de 21 de octubre afirma literalmente:

“En mi condición de Director Médico del Hospital Río Carrión, no tengo competencias para autorizar ni verbalmente ni por escrito, tratamientos y pruebas médicas fuera de mi ámbito hospitalario”. Ante esta contradicción, esta Procuraduría no puede entrar en esta cuestión y carece de pruebas para decantarse por alguna de las dos versiones; la consecuencia es que se ha denegado por parte del Hospital el reintegro de los gastos ocasionados en el Centro Hospitalario privado, anteriores a la autorización de gastos.

Para poder dilucidar si tiene derecho al reintegro de los gastos, hemos de acudir al RD 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que recoge como regla general en su art. 5, que la utilización de las prestaciones se debe realizar con los medios disponibles en el Sistema Nacional de Salud, pero establece una excepción en su apartado tercero que, “en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata, y de carácter vital, que hayan sido atendidas fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél, y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”. La Gerencia Regional de Salud entiende que este caso no se encuentra en las circunstancias contempladas en el Real Decreto, toda vez que ni se contaba con la autorización requerida, ni se trataba de una asistencia urgente, inmediata y de carácter

vital, ni se habían agotado las posibilidades diagnósticas o terapéuticas del Sistema Sanitario Público.

Esta Procuraduría no está conforme con este criterio dado por la Gerencia Regional; para ello, debemos partir del concepto de urgencia vital que da la jurisprudencia del TS, entre la que cabe citar la STS de 22 de octubre de 1987, que entiende que para hablar de urgencia vital, es preciso que se trate de “una situación objetiva de riesgo que se traduce en la imposibilidad de utilizar los servicios sanitarios de la Seguridad Social, porque la tardanza en obtener la asistencia de estos servicios, o el hecho de que no estén en condiciones de prestarla en la forma requerida, ponga en peligro la vida o curación del enfermo”. La Gerencia de Salud en su informe de 23 de septiembre de 2002, reconoce que los gastos por asistencia, a partir de la fecha de autorización -el 16 de julio- a cargo de la Seguridad Social, siendo este informe de traslado de carácter urgente. Esta institución infiere que la Gerencia está reconociendo de forma implícita la gravedad de esta enfermedad, máxime si tenemos en cuenta que, tras acudir a una segunda opinión médica el día 10 de julio a la Clínica privada, se le diagnóstica en el informe de 16 de julio, como juicio diagnóstico por el que se ha pasado de un estadio I, del que fue tratado, a un estadio IV que indica mayor gravedad. Además, la Gerencia de Salud ha reconocido la gravedad de la enfermedad de la reclamante, a partir del día 16 de julio y que, por lo tanto, requiere financiación pública, por lo que es igualmente grave en el período comprendido entre los días 8 a 16 de julio. Como criterio

interpretativo, la paciente ha ejercitado el derecho a una segunda opinión médica que se reconoce en el art. 37 del Proyecto de Ley Autonómica de los derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Este criterio ha sido igualmente recogido por los Tribunales; así, cabe citar las Sentencias del TS de 22 de octubre de 1987 y de 28 de mayo de 1990, que “la situación de urgencia vital implica un riesgo para la vida o curación del enfermo que puede surgir no sólo cuando no es posible la asistencia por los servicios de la Seguridad Social y ha de acudir a privados para neutralizar aquél, sino también cuando aún prestándose tal asistencia, ésta es inadecuada o inoperante para resolver el proceso de urgencia, o bien extemporánea”.

En este caso, esta Procuraduría entiende que se deberían reintegrar todos los gastos relacionados con la metástasis ósea y pulmonar ocasionados en el centro hospitalario privado al ser esta situación un claro caso de urgencia vital por todo lo anteriormente expuesto, ya que el carcinoma junto a la metástasis se encuentra en un estadio IV, y hubo un error en la fecha de la revisión en el seguimiento del cáncer de mama imputable a la Gerencia de Salud del Área.

En lo que respecta a las quejas efectuadas por el comportamiento concreto de algunos doctores del hospital, esta institución quiere dejar muy claro que no tiene ningún elemento de juicio para suponer que su actitud fuera personalmente negligente.

Por todo ello, se emitió la siguiente 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 sanitaria por parte de la Gerencia Regional de Salud, en la asistencia sanitaria prestada, en el Hospital y fijar, en su caso, el “quantum” indemnizatorio.

2.- Que se reintegre por parte de la Gerencia de Salud, a la reclamante todos los gastos relacionados con la metástasis ósea y pulmonar ocasionados en la Clínica privada, al ser esta situación un claro caso de urgencia vital previsto en el art. 5.3 del RD 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, ya que el carcinoma junto a la metástasis, se encuentran en un estadio IV y hubo un error en la fecha de la revisión en el seguimiento del cáncer de mama imputable a éste Hospital.

La Gerencia Regional aceptó esta resolución de forma parcial, ya que ésta no consideró procedente la apertura del expediente de responsabilidad patrimonial una vez realizada la información reservada. Sin embargo, por lo que se refiere al reintegro de gastos, y una vez se presenten las facturas cuyo importe se solicita se reintegre, resolverá el órgano competente.

Otra de las cuestiones objeto de queja, se refiere a la cartera de prestaciones en los distintos hospitales y la mejora de éstas: así, cabe citar

la queja **Q/1174/02** referida a la supresión de la unidad de tratamiento de la enfermedad de la obesidad mórbida, en especial del Hospital Comarcal de Medina del Campo, en la provincia de Valladolid, estando pendiente de estudio.

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 ser efectivo el derecho a la protección efectiva de la salud establecido en el art. 43 de la CE. Estas listas pueden referirse tanto a la atención especializada, como a la atención hospitalaria, fundamentalmente en intervenciones quirúrgicas.

En este caso, cabe destacar la **Q/90/02**, referida a la existencia de unas listas de espera amplias en el Complejo Hospitalario de Salamanca; tras el estudio de las informaciones remitidas desde la Gerencia Regional de Salud, debemos partir del magnífico y exhaustivo trabajo efectuado por el Defensor del Pueblo, en relación con las Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud, presentado en la Comisión Mixta Congreso-Senado de Relaciones con el Defensor del Pueblo, de 16 de diciembre de 2002.

Tal como se afirma en el informe, las listas de espera son un elemento común de los sistemas sanitarios de carácter universal y financiados públicamente, como es el modelo español establecido tras la

Constitución española. De esta forma, continúa el informe del Defensor del Pueblo, “las listas de espera pueden ser la expresión natural de un imposible acoplamiento diario entre oferta y demanda y que en ellas se incluyen a aquellos pacientes que clínicamente pueden esperar. Y en segundo término, que la presencia de listas de espera no es, en sí, un elemento necesariamente reprochable, en la medida en que tiempos de demora razonables pueden representar un factor de eficiencia del sistema y ser expresión de una mayor rentabilidad social de los recursos públicos, necesariamente limitados”.

Esto no puede derivar en la creación de listas con períodos de espera excesivos y que, por tanto, se conviertan en fenómenos clínicos y socialmente inaceptables y que determinan que, según los barómetros sanitarios elaborados por el Centro de Investigaciones Sociológicas citadas en el informe del Defensor del Pueblo, los ciudadanos consideren a las listas de espera la principal causa de insatisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública.

Analizando el caso concreto del Área de Salud de Salamanca y del Complejo Hospitalario de Salamanca, la propia Gerencia Regional de Salud reconoce que la demora media varía mucho según especialidades, pasando de 0 días en anestesia a 129 en urología; y en intervenciones quirúrgicas programadas, de 31 días en cirugía cardíaca a 86 en cirugía plástica y reparadora. Más completa es la información que facilita el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Bienestar Social en contestación a la

Pregunta Escrita PE 2918-I sobre listas de espera quirúrgica en Salamanca y publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León de 18 de mayo de 2002, y que, a continuación, paso a transcribir:

“El desglose por especialidades de la Lista de Espera Quirúrgica existente en Salamanca, a la finalización del ejercicio pasado, es el siguiente:

ESPECIALIDADES	Total LEQ	> 6 m	Demora media
Oftalmología	992	0	72
Cirugía General	944	0	64
Traumatología	940	0	69
Ginecología	460	0	61
Otorrinolaringología	378	0	73
Cirugía vascular	301	0	74
Urología	295	0	76
Cirugía pediátrica	147	0	59
Cirugía plástica	146	0	73
Dermatología	146	0	50
Cirugía maxilofacial	104	0	45
Neurocirugía	73	0	74
Cirugía torácica	21	0	40
Cirugía cardíaca	13	0	17
Otros servicios	1	0	28
TOTAL	4.961	0	68

Por lo tanto, la demora media en el año 2001 era de 68 días, 13 días superior a la demora media marcada para el 2002 en el Plan Anual de Gestión (55 días).

El informe del Defensor del Pueblo era todavía más rotundo con respecto a las listas de espera en consultas externas, técnicas y pruebas diagnósticas, en relación con el Complejo Hospitalario de Salamanca, ya que, los pacientes en lista de espera de nuestra Comunidad Autónoma son

66.697 pacientes, distribuidos según el siguiente cuadro a fecha 31 de diciembre de 2001:

HOSPITAL	Nº PACIENTES	PACIENTES > 60 DIAS	% PACIENTES >60 DIAS S/TOTAL
H. Ávila	2.925	0	0
H. Gral. Yagüe	14.351	3.598	25%
C.H. León	10.347	0	0
H. Palencia	5.729	828	14%
C.H. Salamanca	18.765	4.706	25%
H. Segovia	1.811	0	0
H. Soria	3.526	0	0
H. del Río Hortega	5.891	0	0
H. Zamora	3.352	53	2%
Total:	66.697	9.185	14%

Fuente: Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León.

Además, del total de pacientes en lista de espera, el 28'13% corresponde al Complejo Hospitalario de Salamanca y, con respecto a la lista de pacientes con una demora superior en 60 días, éstas sólo aparecen en el Hospital General Yagüe de Burgos, Río Carrión en Palencia, en Zamora y en Salamanca, suponiendo el hospital salmantino un 51,23% del total de los pacientes con demora superior a 60 días.

Además, el Defensor del Pueblo hace una mención especial de la situación de las listas de espera en el Complejo Hospitalario de Salamanca que, por su claridad y relevancia, pasamos a transcribir literalmente:

“Mención especial merece, por el contrario, el complejo hospitalario de Salamanca respecto al que hay que efectuar, con carácter previo a la exposición de datos sobre listas de espera, las siguientes observaciones. En primer lugar que, a 31 de marzo de 2002, existían agendas médicas cerradas y, por tanto, pacientes pendientes de ser citados, en las especialidades de dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, urología, maxilofacial y cirugía general. En segundo término, que servicios clínicos y centrales gestionaban directamente algunas de las listas de espera de consultas externas y de pruebas diagnósticas de TAC y de resonancia magnética.

Expuesto lo anterior, debe dejarse constancia de que, en marzo de 2002, existían 20.850 pacientes en lista de espera en todas las especialidades, de los cuales 5.906, es decir el 28,3%, llevaban esperando más de dos meses. Además, en la indicada fecha figuraban 5.388 pacientes con indicación clínica para ser atendidos en consulta externa que todavía no habían sido citados.

C.H. de Salamanca.

Lista de espera en consultas (marzo 2002).

ESPECIALIDAD	PACIENTES CITADOS	PACIENTES > 60 DÍAS	PENDIENTES DE CITA
Ginecología	2.674	1.416	387
Oftalmología	6.735	1.434	3.707
O.R.L.	1.580	167	548
Traumatología	1.995	492	81

Urología	1.237	339	494
Cardiología	445	204	--
C. Maxilofacial	321	270	--
Neurocirugía	337	235	--
Dermatología	1.718	567	34
Endocrinología	381	225	--
Otras	3.427	557	137
TOTAL	20.850	5.906	5.388

Fuente: Sistema de información del C.H. de Salamanca.

En un intento de mayor concreción, cabe añadir que, el 19 de abril de 2002 y como consecuencia del cierre de agendas médicas, estaban pendientes de ser citados, en primera consulta y para el trimestre julio/agosto/septiembre de 2002, 531 pacientes en la especialidad de otorrinolaringología, es decir, una demora mínima entre tres y seis meses; 1.331 en oftalmología del hospital clínico (agudeza visual), algunos pendientes de citación desde noviembre de 2001, o sea, una espera superior a nueve meses; y 164 en oftalmología del hospital Virgen de la Vega, algunos en espera de cita desde diciembre de 2001, con una demora mínima superior a siete meses. Sobre ello, cabe añadir que, en la indicada fecha, el primer hueco libre en las agendas de los servicios de traumatología y de maxilofacial del hospital Virgen de la Vega se deslizaba hasta octubre de 2002, lo que significaba una demora mínima próxima a los seis meses.

En esta línea de definición, se detallan seguidamente, especificando la existencia o no de libre elección de médico especialista, las

agendas médicas de las diferentes especialidades que, a 31 de marzo de 2002, tenían mayor demora en consultas.

C.H. de -Salamanca. Lista de espera en consultas.

Demoras según agenda (31/3/02).

ESPECIALIDAD	LIBRE ELECCIÓN ESPECIALISTA	AGENDA MAYOR DEMORA (DÍAS)	AGENDA MENOR DEMORA (DÍAS)
Cardiología H. Clínico	SI	101	54
Ginecología H. Clínico	SI	213	29
Ginecología C.E.	NO	248	1
M. Interna H. Clínico	SI	197	4
Oftalmología H. Clínico	SI	Agendas cerradas	--
Oftalmología H. V. Vega	SI	Agendas cerradas	--
O.R.L. H. Clínico	SI	Agendas cerradas	--
Traumatología H. V. Vega	SI	198	184
C. Maxilofacial H.V. Vega	NO	120 (*)	117 (*)

Fuente: Sistema de información del C.H. de Salamanca.

() Datos referidos a 31.1.2002. Agenda cerrada hasta 31.3.2002.*

De los datos que se acaban de reflejar pueden destacarse tres aspectos: que en las especialidades de traumatología y maxilofacial todas las agendas mantenían un similar nivel de demora, si bien alto; que no era posible determinar este nivel en las especialidades de oftalmología, otorrinolaringología y traumatología del hospital Clínico, al existir agendas cerradas y pacientes, sin citar; y que en

el resto de especialidades, existían notables diferencias entre las agendas, debido a la influencia de la libre elección de especialista, excepción hecha de ginecología del centro de especialidades, donde no existía libre elección y las, tres agendas presentaban demoras de 248, 227 y un día, respectivamente.

Finalmente, y en cuanto a pruebas y técnicas diagnósticas, indicar que a 31 de marzo de 2002 la lista de espera para la realización de ecografías y mamografías era poco significativa; que el servicio de admisión carecía de datos sobre tiempos de espera para la realización de TAC y de resonancias magnéticas, estimándose las demoras máximas para la primera de ellas en siete meses y de cuatro para la segunda en el hospital Virgen de la Vega”.

Por lo tanto, esta Procuraduría cree que la situación de las listas de espera de consulta es francamente muy mejorable, siendo el Complejo Hospitalario, en líneas generales, el Hospital de nuestra Comunidad Autónoma en dónde hay más tiempo de demora media en listas de espera, tal como se refleja a partir de los datos existentes en el informe del Defensor del Pueblo.

Con respecto a las listas de espera en intervenciones quirúrgicas programadas, en Castilla y León, según los datos facilitados por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social al Defensor del Pueblo, figuraban, a fecha de 31 de diciembre de 2001, 26.620 pacientes en lista de espera, con una demora media de 63 días y una espera media de 95 días. El

Complejo Hospitalario de Salamanca se encuentra en segundo lugar de mayores tiempos medios de demora y de esperas con 68 y 116 días, respectivamente, encontrándose sólo por delante el hospital de Segovia.

En cuanto a las especialidades con mayor tiempo de demora y de espera media en Salamanca, el informe del Defensor del Pueblo resalta que son los procesos quirúrgicos en varices (74 y 153 días respectivamente) y la hiperplasia benigna de próstata (78 y 137 días, respectivamente).

Los datos generales de espera en el complejo hospitalario de Salamanca a finales de abril de 2002 eran de 5.461 pacientes, con un tiempo medio de demora de 76 días y de espera de 100 días. Además, se produjo un incremento de la demora de los pacientes en lista de espera superior a tres meses del 28% existente en diciembre de 2001 al 35% en abril de 2002. El informe mencionado acaba singularizando igualmente las listas de espera en el Complejo Hospitalario de Salamanca por especialidades a fecha 31 de marzo de 2002 al ser, de los visitados, el centro con mayor índice de espera superior a seis meses:

C.H. de Salamanca.

Lista de espera quirúrgica por especialidades (31 de marzo de 2002).

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	PACIENTES > 6 MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Traumatología H.C	602	5	86	138
Ginecología	530	13	75	88
Oftalmología H.C	507	3	70	120

Cirugía General	320	2	75	103
Angiología/vascular	314	3	82	137
Urología	305	9	69	108
C. General III	290	23	87	97
O.R.L	247	16	94	119
Cirugía Plástica	171	10	91	94
Dermatología	153	5	62	67
Neurocirugía	54	1	71	101

Fuente: Sistema de información del C.H. de Salamanca.

En conclusión, esta Procuraduría es plenamente consciente de que el problema de las listas de espera es un problema nacional y que ya afectaba al Insalud, antes del proceso de transferencias; sin embargo, desde los datos extraídos del Informe del Defensor del Pueblo, es preciso señalar los malos datos que afectan al Complejo Hospitalario de Salamanca, en relación con el resto de centros hospitalarios autonómicos. De esta forma, cabe destacar la existencia de una considerable lista de espera en dicho centro sanitario tanto para las consultas externas, como para las intervenciones quirúrgicas programadas. En intervenciones quirúrgicas programadas, estas listas de espera son bastante superiores a la media autonómica y estaban lejos, en diciembre de 2001 (tiempos medios de demora y de esperas con 68 y 116 días, respectivamente), de los objetivos previstos en el Plan Anual de Gestión para el 2002, que debería tener una demora media en cirugía programada de 55 días. Incluso, en listas de espera para consultas externas, el Complejo Hospitalario salmantino acumula el 51,23% del total de los pacientes con demora superior a 60 días,

en el conjunto de nuestra Comunidad Autónoma, constituyendo éste un dato francamente muy negativo, a juicio de esta institución.

Para mejorar esta situación en el Complejo Hospitalario de Salamanca, esta Procuraduría entiende que, de acuerdo con los datos indicados en el Informe del Defensor del Pueblo, debería, centralizarse la gestión de las listas de espera en una unidad de admisión (como sucede en Valladolid y Palencia), y no gestionarse de forma separada por los distintos Servicios Hospitalarios, asegurando una mejor coordinación y mayor eficacia en la gestión; asimismo, de acuerdo con las Recomendaciones del Defensor del Pueblo, se deberían establecer unas pautas en la priorización de los pacientes en la lista de espera, según la gravedad o urgencia del tratamiento médico; debería establecerse tiempos máximos de lista de espera por especialidades, facilitando esa información a los ciudadanos.

En virtud de todo lo expuesto, se emitió 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 ha sido remitida a la Gerencia Regional de Salud, sin que se haya efectuado todavía ninguna respuesta al respecto.

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 será 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 entrará en vigor a mediados de mayo de 2003. Además, en el ámbito autonómico, se promulgará la Ley sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

En relación con este campo, en primer lugar, hemos de mencionar la **Q/577/02**, relacionada con el derecho de libre elección del paciente de los médicos de Atención Primaria; así, 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 la Zona Básica 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, sí se reconoce esa libertad de elección a los pacientes. Dicha queja se encuentra pendiente de estudio.

Asimismo, otro de los elementos a tener en cuenta para garantizar efectivamente el derecho efectivo a la protección de la salud son las ayudas y facilidades que se deben dar a los usuarios de la sanidad pública residentes en las zonas periféricas de nuestra Comunidad Autónoma y su lejanía de los centros hospitalarios para recibir una atención especializada y quirúrgica. Así, es de mencionar la **Q/153/02**, que se refiere a los problemas de asistencia sanitaria a una paciente de una pequeña localidad de la Zona Básica de Salud “Alta Sanabria”, en la provincia de Zamora. Según lo manifestado en la queja, “no hay médico en los pueblos, ni autobús. Tienen que viajar hasta Zamora en taxi, que no le abonan” En este caso, la paciente había acudido a consulta al hospital Virgen de la Concha de la capital zamorana seis veces durante los meses de junio y julio de 2001, posteriormente, es intervenida quirúrgicamente en el hospital Rodríguez Chamorro de la capital zamorana, el 21 de septiembre acude a radioterapia al hospital Universitario de Salamanca desde su domicilio y posteriormente, ha acudido a revisión médica al hospital Virgen de la Concha, anteriormente mencionado, con múltiples traslados que le han ocasionado cuantiosos gastos.

Admitida la queja a trámite, y tras solicitar información a la Gerencia Regional, tras analizar la asistencia sanitaria en la Zona Básica de Salud “Alta Sanabria”, en dónde no se observa ninguna irregularidad,

debemos centrarnos en lo relativo al transporte de enfermos desde esta localidad a Zamora y Salamanca, para llevar a cabo una atención especializada, al estar esta zona a más de 140 Kilómetros de la capital zamorana y de su centro hospitalario, y con carencia de líneas de transporte de autobuses generales desde estas pequeñas localidades a la capital zamorana.

El catálogo de prestaciones sanitarias viene recogido en el RD 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que se publicó para ordenar y sistematizar las atenciones y prestaciones sanitarias directas y personales que el Sistema Nacional de Salud debe prestar, garantizando de forma efectiva el derecho a la protección a la salud reconocido en el art. 43 de la CE; de esta forma, se cumple el principio establecido en el art. 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que ordena “el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva” y se recogen una serie de prestaciones en el Anexo del Real Decreto financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Entre las prestaciones financiadas, se encuentra la prestación de transporte sanitario que “comprende el transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Una situación de urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud del interesado y así lo ordene o determine el facultativo correspondiente.

b) Imposibilidad física del interesado u otras causas médicas que, a juicio del facultativo, le impidan o incapaciten para la utilización del transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente”.

El criterio para financiar ese transporte debe ser, de acuerdo con el Real Decreto, estrictamente médico, cuando sea imposible el desplazamiento en medios ordinarios de transporte. Para ello, el Insalud dictó la Instrucción 5/1997, de 11 de abril, que regula las ayudas por desplazamiento y dietas de estancia a los beneficiarios asistidos en provincia distinta a la de origen, estableciéndose un sistema de abono de ayudas por gasto, que suponía la adaptación de una Circular existente anteriormente la 6/1981 al régimen establecido en el RD 63/1995. En ésta se establecían una serie de ayudas por gastos de desplazamiento a provincias distintas de las de residencia, cuando dicho desplazamiento se precise a fin de completar su estudio clínico y/o realizar un tratamiento, que no sea factible o no se encuentre disponible en su provincia de origen; asimismo, establecía el procedimiento de solicitud y las tarifas. Éste es el modelo vigente en la actualidad aplicable al paciente en el tratamiento de radioterapia en el hospital de Salamanca y al que se trasladó en ambulancia desde su domicilio, pero no cuando tuvo que acudir seis veces a Zamora al tratamiento clínico previo a la intervención quirúrgica.

De acuerdo con la legalidad vigente en ese momento la actuación de la Gerencia Regional de Salud con respecto al no abono de los viajes del

paciente a Zamora fue correcta. Sin embargo, esta Procuraduría entiende que éste no es el sistema más adecuado para conseguir, en la actualidad, un verdadero acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectivas. A mero título de ejemplo, se pueden dar, con el criterio vigente, situaciones tremendamente injustas, como es que un enfermo de la localidad de Fuentesauco, en la provincia de Zamora, tenga ayudas para ir al complejo hospitalario de Salamanca, distante a 30 Km., mientras que el reclamante no tuvo esas ayudas desde su domicilio, distante en 140 Km. de la capital zamorana para ir al hospital.

Así, tras el RD 1480/2001, de 27 de diciembre, por el que se traspasaron las funciones y servicios del Insalud a Castilla y León, nuestra Comunidad Autónoma asumió la gestión de las prestaciones sanitarias que llevaba el Insalud, entre las cuales se encuentra el transporte sanitario. A nivel regional se ha desarrollado plenamente la Gerencia Regional de Salud, prevista ya en la Ley 1/1993, de Ordenación Sanitaria de Castilla y León, pasando pues, el ámbito de referencia, de la provincia -con sus Direcciones Provinciales del Insalud- a la Comunidad Autónoma, a través de la Gerencia Regional de Salud y con la implantación, igualmente, de centros hospitalarios de referencia a nivel regional. Por lo tanto, debe ser la distancia kilométrica con el centro hospitalario, y no la provincia, el criterio de referencia para la concesión de las ayudas por desplazamiento de los pacientes.

A título de ejemplo, cabe decir que en otras Comunidades Autónomas, se ha llevado a cabo este sistema; así, en la Comunidad Autónoma de Galicia, colindante con la Zona Básica de Salud “Alta Sanabria”, el Servicio Gallego de Salud (Sergasa), considera prestación por desplazamiento dentro de la misma provincia, las que tengan su causa en:

- Tratamiento de diálisis, rehabilitación, quimioterapia o radioterapia.

- Otro tipo de tratamientos que precisen realizar un número de desplazamientos igual o superior en 8 viajes en períodos de 30 días.

En este caso, se abonaría la cantidad fija de 20 pesetas por kilómetro en viaje de ida y vuelta desde el lugar de residencia, (en el medio rural se toma como referencia la parroquia) hasta la localidad dónde se reciba la asistencia, con independencia del medio de transporte utilizado y de la necesidad o no de acompañante; en ningún caso, se abonarían los desplazamientos realizados dentro del mismo municipio.

A juicio de esta Procuraduría, la fijación de la distancia kilométrica supone un elemento objetivo que puede favorecer a poblaciones asentadas en zonas muy alejadas de la capital de provincia y con difíciles accesos a ella por su especial orografía, como es el caso de la comarca de Sanabria, objeto de esta queja. Sin embargo, la fijación concreta de la distancia kilométrica, a partir de la cual se prestarían estas ayudas, supone una cuestión que entra clarísimamente en el ámbito de la discrecionalidad

administrativa de la Gerencia Regional de Salud y que, por tanto, no corresponde a esta institución pronunciarse al respecto.

En conclusión, el establecimiento de la distancia kilométrica con el centro hospitalario, con independencia del ámbito provincial, como criterio para las ayudas al desplazamiento de enfermos a centros hospitalarios, encajaría perfectamente con la política presupuestaria que está llevando a cabo la Junta de Castilla y León en la actualidad, consistente en potenciar las Áreas Periféricas de la Comunidad, para las que se preveía un Plan Especial de Actuación en la Ley 14/2001, de 28 de diciembre, de Medidas Económicas, Fiscales, y Administrativas, y que quedó plasmada en la Exposición de Motivos de la Orden de 22 de mayo de 2002, para la elaboración de Presupuestos Generales de la Comunidad de 2003, en la que se afirmaba que se pretendía “favorecer de forma especial a aquellas áreas de nuestro territorio que por su situación periférica dificultan a sus habitantes el acceso de los servicios públicos”. Se trataría de una medida, a juicio de esta institución, que serviría a todos aquellos ciudadanos de las zonas periféricas de cada una de las provincias de nuestra Comunidad Autónoma, que serviría para facilitar el acceso en condiciones de efectiva y verdadera igualdad a las prestaciones sanitarias del Sistema Regional de Salud, y garantizar de forma plena el derecho a la protección de la salud establecido en el art. 43 de nuestra Constitución.

Al respecto, se formuló la siguiente resolución:

“Que, por los motivos anteriormente expuestos, y de conformidad con el principio de acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva establecido en el art. 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se modifique el criterio de concesión de las ayudas por desplazamiento de enfermos a centros sanitarios, estableciéndose como tal el criterio objetivo de la distancia kilométrica desde el lugar de residencia hasta la localidad en dónde se preste esta asistencia especializada, con independencia de que sea o no la misma provincia”.

Frente a esta resolución, la Gerencia Regional de Salud se mostró contraria y la rechazó debido a que no consideraba las ayudas como gastos de desplazamiento, al entender que el criterio de estas ayudas debía establecerse tomando como referencia la provincia y no la distancia kilométrica, y que en definitiva, la igualdad efectiva no puede constituir una identidad en el acceso, ya que el lugar de residencia es elegido libremente por los ciudadanos.

Otra de las cuestiones respecto a los derechos de los usuarios es la referida 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; así, se hizo en la **Q/1515/02**, referida al Hospital General Yagüe de la capital burgalesa, y la **OF/108/02**, encontrándose ambas pendientes de estudio.

También preocupan a algunos usuarios las técnicas de reproducción asistida y la edad límite para ser incluidos dentro de los programas de inseminación artificial de los hospitales públicos. Así, se planteó en la **Q/229/02**, por la que la paciente se quejaba de no haber sido incluida dentro del programa de inseminación artificial del hospital burgalés; de esta forma, debemos partir de la Ley 35/1988, de 2 de noviembre, de Técnicas de Reproducción Asistida, que determina como una las técnicas indicadas la Inseminación Artificial, teniendo como finalidad fundamental facilitar la procreación cuando otras terapias se hayan descartado por inadecuadas o ineficaces. Como uno de los principios generales de la normativa, hemos de acudir al art. 2.1 de la Ley que determina que “Las técnicas de Reproducción Asistida se realizarán solamente:

a) Cuando haya posibilidades razonables de éxito y no supongan grave riesgo grave para la salud de la mujer o la posible descendencia.

b) En mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica, si las han solicitado y aceptado libre y conscientemente, y han sido previa y debidamente informadas sobre ellas”.

En este caso, la causa de denegación es por un criterio estrictamente médico, ya que hubo tres intentos de inseminación artificial, sin que tuvieran éxito, sin que esta institución pueda ni deba cuestionar criterios científicos y médicos; la jurisprudencia ha dicho reiteradamente que la obligación del médico es una obligación de actividad y no de resultado, ya que “en la conducta de los profesionales sanitarios queda descartada toda

clase de responsabilidad más o menos objetiva”, (STS de 12 de marzo de 1999).

En lo que respecta a la edad de la paciente, se adjunta por parte de la Gerencia Regional de Salud el Protocolo de Aceptación de Pacientes para su inclusión en el Programa de Fecundación In Vitro del hospital Clínico Universitario de Valladolid, centro de referencia a nivel regional, que determina como criterio general que “la edad sea inferior a los 40 años en el momento de la derivación al programa FIV-TE”; sin embargo, se consideró conveniente, aunque la paciente fuera mayor de 40 años, incluirla en el tratamiento de fertilidad. Los protocolos médicos suponen la guía y pauta que debe seguir todo medico para llevar a cabo un tratamiento sanitario correcto y adecuado a los pacientes, siendo su cumplimiento el criterio de exigencia que determinan los Tribunales, no siendo exigible por parte de esta institución ir más allá de lo dispuesto en los protocolos médicos y que garantizan las “posibilidades razonables de éxito”, de las que habla la Ley.

En definitiva, en ningún momento, se ha vulnerado el derecho a la protección de la salud establecido en el art. 43 CE, al haber puesto los servicios sanitarios los medios exigibles más allá de lo que dispone el protocolo médico de actuación, que tiene como criterio general el límite de los 40 años de edad, por lo que se procedió al archivo de este expediente.

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 mencionar la queja **Q/354/02**, derivada de la alergia al látex, material muy utilizado en los equipamientos médicos, fundamentalmente en los quirófanos, y la falta de medidas preventivas por parte de la Gerencia Regional de Salud.

Admitida la queja a trámite, y tras el estudio de la amplísima documentación remitida a esta Procuraduría, se desprende que éste es un problema sanitario que va incrementándose, ya que mientras tradicionalmente se circunscribía a personas con determinadas patologías, como pacientes portadores de espina bífida o individuos con antecedentes de autropía u otros procesos alérgicos, esta enfermedad se ha trasladado al conjunto de la sociedad, con una prevalencia de sensibilización entre un 0,1 y un 2,3%. Sin embargo, se ha incrementado en los trabajadores de los hospitales, estimándose en la actualidad en un 12% del total del personal de los centros, sobre todo en el personal de quirófano (6%), enfermería (5,6%) y cirujanos (7,2%). Esta situación se debe a una mayor exposición; así como a un incremento de concentración umbral de $0,6 \text{ ngr/mm}^3$ de látex ambiental, lo cual provoca la aparición de síntomas alérgicos entre los sensibilizados al látex.

Por lo tanto, es un problema que la propia Gerencia Regional de Salud ha resaltado su importancia, y que nuestro Sistema Público de Salud

ha establecido una serie de medidas preventivas específicas en nuestros centros hospitalarios para este tipo de pacientes:

- Correcta detección especialmente de individuos de riesgo mediante la historia clínica y pruebas diagnósticas.
- Tener identificado en todo momento al paciente.
- Existencia de un protocolo específico con test diagnóstico y de confirmación.
- Coordinación entre todo el personal del centro.
- Disponer del material médico necesario (sin látex).

Se han establecido una serie de protocolos de actuación en los distintos centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma y que la Gerencia Regional de Salud nos ha enviado:

•Hospital los Montalvos de Salamanca: Se ha creado una Guía de Atención Clínica en la Unidad de Alergología de este Hospital, editada por la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, en la que se incluyen procedimientos diagnósticos y terapéuticos, disponiendo de un Protocolo de Adecuación del material anestésico-quirúrgico para pacientes alérgicos al látex, debiendo llevar los pacientes y trabajadores (aunque el número de éstos es muy pequeño) un elemento identificativo exterior.

•Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero: Se ha establecido un protocolo de actuación ante la alergia al látex; en él se dice que las alergias medicamentosas y perioperatorias son más frecuentes en las mujeres,

estableciéndose diversos tests para prevenir la población con riesgo alérgico.

Se toman una serie de medidas de prevención en la hospitalización: cama sin cobertor de caucho, se evitan los guantes de goma natural, los elementos de goma no pueden aplicarse directamente sobre la piel, se evitan tetinas y sondas de alimentación de látex y se llevan a cabo intervenciones quirúrgicas programadas al comienzo de la mañana, antes de que la sala pueda contaminarse por partículas de látex aerovagantes.

•Hospitales de Valladolid: Se establecen unos protocolos de actuación en octubre de 1999, para tener un entorno libre al látex, evitando todo tipo de material médico que pueda tener elementos de goma.

•Hospital Virgen de la Concha de Zamora: Se identifican los grupos de riesgo a esta alergia: personal sanitario, pacientes con espina bífida o con malformaciones urinarias congénitas, pacientes que han sido sometidos a diversas intervenciones quirúrgicas, sobre todo en mucosas, pacientes sometidos a sondajes vesicales diarios y extracciones manuales de heces, pacientes alérgicos a frutas, pacientes con eczema de manos previo y trabajadores de la industria del caucho.

Se establecen una serie de objetivos en este Hospital como son:

- Correcta identificación de pacientes alérgicos al látex (placa identificativa).

- Elaborar una guía de actuación ante la posible necesidad de prestar atención urgente en nuestro Servicio a pacientes alérgicos al látex.
- Concienciar a todo el personal sanitario de las normas a actuar.
- Saber identificar la naturaleza de la reacción.

Asimismo, se establece un protocolo de actuación en el quirófano ante pacientes alérgicos al látex.

Por último, la Gerencia Regional de Salud ha reconocido el papel fundamental que juega la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales en la detección, seguimiento y registro de los trabajadores para tomar las medidas pertinentes y adecuadas que eviten estos problemas alérgicos en la población.

Esta Procuraduría ha analizado y está plenamente de acuerdo, tras examinar estas cifras, con la importancia y el crecimiento de esta alergia en la población en general, y, especialmente, en determinados grupos de riesgo, como son los trabajadores sanitarios. Igualmente, valora el esfuerzo que hacen estos hospitales en establecer protocolos de actuación en el caso de la alergia al látex, con la finalidad de crear espacios libres de este material.

Sin embargo, esta institución cree que se debe profundizar, en la medida de lo posible, en aplicar lo dispuesto en estos Protocolos de actuación, no sólo en estos centros hospitalarios, sino también en el resto de los centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma, para así

evitar los riesgos más peligrosos en las operaciones quirúrgicas y la proliferación de estas alergias en su personal sanitario. Esto no sólo se debe llevar a cabo en la asistencia sanitaria especializada en los hospitales, sino también, de forma paulatina, en la atención en los centros de salud. Para ello, deben implantarse protocolos de atención sanitaria en todos los hospitales y centros de salud de nuestra región, creando así un entorno libre de este material.

Igualmente, idénticas medidas deben aplicarse con la colaboración de las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales, al personal sanitario, fundamentalmente en los centros hospitalarios, al ser uno de los grupos de riesgos más definidos en sufrir esta alergia y por el uso más frecuente de este material.

En conclusión, esta Procuraduría valora los esfuerzos que está llevando a cabo la Gerencia Regional de Salud y los distintos centros hospitalarios para suprimir los riesgos que provoca el material de látex en la atención sanitaria de los pacientes con esta alergia, y para que no se incremente el porcentaje de afectados en el personal sanitario de estos centros; aunque debemos indicar, que es preciso realizar un esfuerzo suplementario que, de forma paulatina, logre un espacio libre de látex, y así conseguir el pleno derecho de los ciudadanos a la protección de la salud establecido en el art. 43 CE y la plena consecución del principio de prevención de enfermedades establecido en el art. 3.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Por todo ello, se emitió la siguiente resolución:

“1.- Que se continúe en el establecimiento de protocolos de actuación, para fijar los objetivos y las medidas generales y especiales a llevar a cabo en la atención sanitaria a los pacientes alérgicos al látex, en los Centros Hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma.

2.- Que estos protocolos de actuación se fijen también, de forma paulatina, en los distintos Centros de Salud de Castilla y León.

3.- Que se continúen estableciendo idénticos criterios de prevención para el personal sanitario con la colaboración de las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales”.

La Gerencia Regional de Salud aceptó plenamente esta resolución.

Igualmente, hay que hacer referencia a otras cuestiones, como son las referidas a disconformidad con la adjudicación de locales comerciales en hospitales (**Q/1584/02**), y la relativa al funcionamiento de Comités Asistenciales de Ética en centros hospitalarios(**Q/653/02**).