

ÁREA H

ÁREA H
SANIDAD

Expedientes Área.....	91
Expedientes remitidos a otros Defensores.....	57
Expedientes admitidos	16
Expedientes rechazados	16

En el año 2001 el número global de quejas recibidas en esta Institución en referencia a temas sanitarios ha sufrido un ligero descenso respecto del año 2000; si bien, en cuanto a sus contenidos, se sigue la tendencia de años anteriores: insuficientes servicios médicos, posibles negligencias en los tratamientos recibidos, listas de espera, deficiencias detectadas en la atención especializada, retrasos en el reintegro de gastos, denegación de financiación de algún tratamiento, infraestructuras deficientes...

Las quejas más comunes continúan siendo las relativas a la prestación del servicio asistencial propiamente dicho. Al respecto, nuevamente hay que insistir en el problema generado por las listas de espera.

Muchos de los ciudadanos que acuden a nosotros lo hacen por el hecho de haber sido citados con una demora que consideran excesiva.

Teniendo presente que la reducción de la demora en recibir la asistencia sanitaria constituye un elemento de garantía de la equidad y un indicador de la calidad asistencial de las prestaciones sanitarias es fundamental que se valore la oportunidad de establecer, para el conjunto del sistema de salud, tiempos máximos de espera, superados los cuales el paciente tenga derecho a ser inmediatamente asistido en el centro donde determine el correspondiente servicio de salud.

Estimamos conveniente reseñar la situación de conflicto que se produce cuando una persona, que sufre una determinada patología, demanda del sistema sanitario público una actuación concreta, y se ve sorprendido por la negativa de la Administración sanitaria a proporcionarle la misma, sobre la base de que no aparece incluida en el sistema.

Se considera que la Administración Pública y las autoridades son las encargadas de la planificación correcta de la asistencia sanitaria pública y vienen obligadas a hacer disponibles los medios necesarios para llevarla a efecto con eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

Temas como el control de enfermedades infecciosas, gestión hospitalaria, distribución de camas, áreas de acción, organización de la reforma y asistencia psiquiátrica, servicios extrahospitalarios, etc., son fundamentalmente de política sanitaria.

La creciente preocupación de las administraciones públicas por desarrollar una atención coordinada entre los sistemas sociales y sanitarios es una constante, eso es una realidad, pero también lo es que, hoy en día, persisten los problemas en la atención a la pluripatología de los ancianos, a los discapacitados y enfermos crónicos, como consecuencia, entre otros factores, de la todavía insuficiente coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

La demanda, por los usuarios del Sistema Nacional de Salud, de una dotación creciente de recursos es un denominador común de toda la asistencia sanitaria, pero se acentúa con mayor evidencia en la atención especializada.

En cuanto a la atención primaria persisten las quejas referidas a la efectividad de la reforma sanitaria, siendo más o menos habitual que colectivos de ciudadanos demanden la puesta en funcionamiento de centros de salud, o la mejora de sus consultorios mediante la dotación del personal y medios materiales acordes a las exigencias de la sanidad actual.

A lo largo de estos últimos seis años, el Procurador del Común ha sentido la creciente preocupación de los ciudadanos castellanos y leoneses por la necesidad de una reorientación de los servicios sanitarios y sociales existentes, al objeto de alcanzar una respuesta más eficaz a sus necesidades.

En materia de protección de la salud, nos corresponde analizar el estado que presenta en la actualidad, en cuanto a derecho constitucionalmente reconocido, examinando la problemática más

demostrativa que se ha detectado en nuestra Comunidad Autónoma durante el ejercicio 2001.

En la práctica cotidiana del trabajo de esta Institución se constata, día a día, que muchos de las quejas responden, en realidad, a peticiones de información de ciudadanos que desconocen cómo hacer valer sus derechos frente a la Administración.

En relación con estos derechos, continúan siendo objeto de reclamación supuestos en los que se ignora el derecho a disponer de la información clínica, en general, y de la historia clínica, en particular, como reconocen la Ley 14/1986, de 25 de abril, en su art. 10, y el RD 638/1995, de 20 de enero, en su punto 5 del anexo I.

En otros casos, los ciudadanos acuden a esta Procuraduría como último recurso, tratando de resolver problemas que les angustian y que en muchos casos carecen de solución concreta, pero que indudablemente deben ser atendidos.

En términos generales, las quejas formuladas por los ciudadanos en este capítulo versan en torno al contenido, alcance y extensión de las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas con cargo a fondos estatales adscritos a la sanidad. Las cuestiones básicas que se plantean en las mismas son la falta de suficiente información acerca de cuáles son las prestaciones concretas a las que tienen derecho los usuarios, así como respecto a las condiciones en la que se han de prestar los servicios, y la indefinición de algunas de esas prestaciones.

En cuanto a los problemas organizativos que repercuten negativamente sobre los usuarios, la mayor parte de las quejas recibidas hacen referencia a la lista de espera para intervenciones y para la realización de pruebas de diagnóstico (**Q/128/01, Q/748/01, Q/1065/01, Q/1310/01, Q/1505/01, Q/2131/01**, entre otras).

Con respecto a denuncias de negligencias o errores médicos, hay que apuntar que en la mayoría de los casos expuestos por los afectados (**Q/164/01, Q/796/01, Q/1195/01, Q1322/01, Q/1451/01, Q/1804/01, Q/1993/01, Q/2289/01**), se les ha informado de la existencia del Servicio de Atención al Paciente, servicio que canaliza las reclamaciones que plantean los usuarios y al que, con carácter preliminar, deben acudir en reclamación.

En los supuestos de mala atención, se suscita la dificultad de probar los comportamientos denunciados, además de la práctica imposibilidad de reparar el daño moral causado, con el añadido de la pérdida de confianza, si la mala atención viene de la mano del facultativo.

En la oferta de las prestaciones reconocidas, hemos recibido algunas quejas referidas al tratamiento contra la infertilidad (**Q/2439/00 y Q/445/01**). En estas quejas los usuarios han expresado su desacuerdo con lo que a su entender supone una falta de medios para esta prestación.

En todo caso, como ya hemos señalado en anteriores informes, hemos de incidir en que las posibilidades de actuación del Procurador del Común en este ámbito son limitadas, al ser el Instituto Nacional de la Salud

el que presta el servicio sanitario directo y referirse a dicha prestación gran parte de las reclamaciones; ello nos obliga a trasladar las mismas al Defensor del Pueblo.

Esta situación sufrirá un cambio a partir del día 1 de enero de 2002, momento en que la Comunidad de Castilla y León asume las funciones, servicios y medios personales, materiales y financieros en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el RD 1480/2001, de 27 de diciembre sobre traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a nuestra Comunidad Autónoma.

1. DERECHO DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

En los distintos informes anuales hemos dedicado este subtítulo para mostrar diversos aspectos relativos al derecho constitucional a la salud; siempre desde la óptica de la diversidad de contenidos de las quejas presentadas por los administrados en esta Procuraduría.

El derecho a la protección de la salud forma parte de los derechos fundamentales de la persona, que aparecen garantizados en nuestra Constitución. En concreto, el art. 43, en sus dos primeros apartados, señala lo siguiente:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

Se trata de un derecho exigible frente al legislador ordinario, que no podría desconocerlo sino desarrollarlo normativamente siguiendo el guión establecido en nuestra Constitución. El reconocimiento de este derecho por la vía legislativa ordinaria supone la garantía de su efectividad, además del establecimiento de una actividad asistencial unilateralmente asumida y discrecionalmente regulada por el Estado.

Por tratarse de un servicio público, el particular encuentra garantizado su derecho individual frente al Estado en el margen en que el propio Estado ha establecido las reglas del servicio, las cuales obviamente le vinculan en tanto se mantengan vigentes.

Nuestro derecho positivo consagra la protección de la salud de los ciudadanos mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuyo art. 3 prevé:

“...2. la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”.

Por su parte, el art. 7 de la referida Ley advierte que los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

El derecho a las prestaciones sanitarias se configura como un derecho anterior al establecimiento del servicio. Preexiste al mismo, y es en cierta manera el presupuesto de la obligación administrativa de crearlo; es decir, la finalidad de todo el entramado organizativo, de medios materiales y personales, dirigidos a la prestación del servicio sanitario es precisamente dar satisfacción a la demandas asistenciales que conforme a la regulación del servicio le vayan requiriendo los ciudadanos.

Por su volumen destacan los escritos de quejas referidos con carácter general a las carencias que padece el sistema sanitario, así como a los problemas organizativos que repercuten sobre los usuarios.

Son cada vez más frecuentes las denuncias referidas a la asistencia sanitaria en zonas rurales de escasa población. En todas ellas, el eje central gira en torno a contrariedades que tienen su origen en una deficiente comunicación por carreteras, derivado principalmente de la ubicación geográfica de los pueblos; la avanzada edad de muchos de los pacientes que además necesitan una asistencia continuada, unido al agravante de poseer una economía doméstica deficitaria que complica, si cabe más, la

situación de estas personas a la hora de hacer frente a unos gastos que no son cubiertos por la Administración Sanitaria.

Como expresión de cuanto venimos diciendo, destaca, por su volumen, el conjunto de quejas procedentes de la localidad de Aguilafuente (Segovia): **Q/2444/00, Q/2445/00, Q/2446/00, Q/2447/00, Q/2448/00, Q/2449/00, Q/2469/00 y Q/2503/00.**

En los mencionados escritos se denunciaba el grave problema que padecían principalmente los vecinos jubilados, o de rentas inferiores, que carecen de medios propios de transporte y viven en Aguilafuente, ante la carencia de un servicio público de transporte que uniera de modo directo dicha localidad con el término municipal de Carbonero El Mayor, término en el que se ubica el Centro de Salud al que están adscritos.

La inexistencia de medios de transporte directos no cabe duda que afecta de modo perjudicial al derecho de los comparecientes a recibir asistencia sanitaria en condiciones de igualdad en el término municipal de Carbonero El Mayor, ya que para acudir al referido Centro de Salud, si no disponen de medios propios de locomoción, deben trasladarse, primero, a Segovia y desde allí coger otra línea de viajeros que les desplace hasta Carbonero El Mayor, lo que les resulta económicamente oneroso.

Examinados detenidamente los motivos de las quejas, procedimos a su admisión interesando informe de la Dirección Provincial del Insalud así como de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, de cuyo contenido se dio traslado a los comparecientes.

En contestación a nuestra solicitud de información la Dirección Provincial del Insalud, en Segovia, nos puso de manifiesto que: *«con motivo de poder acercar los servicios a los ciudadanos, desde hace varios años se vienen realizando extracciones periféricas de muestras para analítica y algunas pruebas complementarias (electrocardiogramas, espirometrías, etc.) en todos los Centros de Salud rurales y urbanos de nuestra provincia.*

Poder dar este servicio supone contar con una organización de personal de enfermería o médico que lo realiza, transporte con los medios adecuados de las muestras y recepción en su caso de las mismas en los correspondientes laboratorios en hora adecuada para poderlas procesar.

Todo este complejo sistema, que sin duda supone un importante avance en la atención a los ciudadanos, conlleva el que se realicen estas pruebas en el Centro de Salud y no en los Consultorios, teniendo en cuenta que si se hicieran en los mismos, el problema se elevaría a la enésima potencia, ya que cada alcalde pediría que las extracciones se hicieran en el consultorio de su municipio.

Así las cosas, el problema con que nos encontramos en la provincia de Segovia, y seguramente en todas las provincias de nuestra Comunidad Autónoma, es el déficit de transporte público entre diversas localidades, lo que dificulta el desplazamiento de muchos ciudadanos para distintos asuntos y en nuestro caso, para acudir al Centro de Salud.

Se trata pues, de un problema social pero no sanitario, aunque no se nos oculta la grave complicación que origina para la normal atención de estas personas.»

Conscientes de estas circunstancias, nos señalan asimismo que ha habido Consejos de Salud en alguna zona básica de salud de Segovia que han decidido organizar un servicio de transporte para estas personas, financiado por los Ayuntamientos en parte proporcional a su población, contribuyendo quienes utilizan ese servicio con una cantidad simbólica de 100 pesetas.

En el caso que nos ocupa del pueblo de Aguilafuente y por tanto del Centro de Salud de Carbonero el Mayor se ha propuesto esta solución a los alcaldes de la Zona Básica de Salud. Sin embargo, no se ha logrado alcanzar ningún acuerdo, por lo que el problema detectado persiste sin haberse encontrado una alternativa que dé respuesta a la necesidad a que venimos haciendo referencia.

Por lo que respecta al contenido del informe emitido por la Dirección General de Telecomunicaciones y Transportes de esa Consejería sobre el particular, destacamos algunos de los argumentos sostenidos para justificar la ausencia de actuaciones tendentes a solucionar la deficiente comunicación existente entre las localidades de Aguilafuente y Carbonero el Mayor, a saber:

«Según información facilitada por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, el municipio de Aguilafuente pertenece a la Zona Básica de Salud de Carbonero El Mayor desde 1988.

Consultados los datos obrantes en esta Consejería, no consta que las localidades de Aguilafuente y Carbonero el Mayor hayan estado unidas a través de un servicio directo de transporte público regular de viajeros con anterioridad. Existe la posibilidad de llegar a Carbonero El Mayor utilizando el transporte público a través de la siguiente combinación: Aguilafuente-Tabanera la Luenga, de la concesión Aguilafuente-Segovia (VACL-132), y enlazar en este pueblo con la Valladolid-Segovia (VACL-126), que llega hasta Carbonero El Mayor.

Por otro lado, no consta en estas dependencias, ni en el Servicio Territorial de Segovia, queja alguna acerca de la falta de transporte directo que motiva la queja remitida por el Procurador del Común que haya permitido tener conocimiento de la deficiencia a que se hace referencia.»

A la vista de los elementos de juicio disponibles en este caso, y tras el estudio de la normativa aplicable, esta Procuraduría estimó oportuno realizar las siguientes conclusiones de carácter general:

En el ámbito de los transportes de carretera es preciso destacar la conveniencia de que la Administración Pública opere siempre con un especial rigor y esmero en el ejercicio de las atribuciones y obligaciones

administrativas previstas en la norma. Existe un deber general de colaboración entre las distintas Administraciones, que no es preciso justificar mediante preceptos concretos.

A este respecto, cierto es que con el Decreto 87/1988, de 12 de mayo, la Junta de Castilla y León inició una política de ayudas encaminadas a dotar de servicios regulares de transporte de viajeros a todos los núcleos urbanos, que, dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, carecían del mismo así como asegurar el mantenimiento de los ya existentes.

Desde esta perspectiva se hace preciso resaltar el contenido del art. 1º de la mentada disposición normativa. Esto es: "La Junta de Castilla y León, por medio de la Consejería de Fomento, podrá acordar la creación, mantenimiento o ampliación de cualquier clase de servicio de transporte de viajeros de interés general que tenga como objetivo el asegurar la movilidad de los residentes en zonas rurales, carentes de dicho servicio esencial o que existiendo se preste con déficit permanente no imputable a la mala gestión empresarial."

De un lado, la interpretación de los derechos que la Constitución proclama habrá de ajustarse a la idea de aspiración a la igualdad y, de otro, la acción positiva de los poderes públicos ha de orientarse en todo caso a hacer real y efectiva la igualdad, según el mandato constitucional expreso del art. 9.2.

Pues bien, estas actuaciones positivas son, entre otras, la prestación de ciertos servicios que satisfacen necesidades de interés general que, en muchos casos, están configurados como derechos fundamentales, y como tales enunciados en la Constitución.

Cabe advertir en el presente expediente que ha quedado acreditada la carencia de un transporte de viajeros que una directamente las localidades de Aguilafuente y Carbonero El Mayor, lo que sin duda dificulta gravemente el traslado de los pacientes, sobre todo de aquellos que careciendo de medios propios de locomoción necesitan realizarse extracciones de muestras para analítica o pruebas complementarias como pudieran ser electrocardiogramas, espirometrías, etc, las cuales exclusivamente se realizan en los Centros de Salud.

La situación en la que se encuentran los vecinos de estos municipios es, cuando menos, discriminatoria o al menos no están en igualdad de oportunidades ante el derecho a la protección de la salud pública.

En mérito a cuanto antecede, el Procurador del Común resolvió formular la siguiente Resolución:

“Que se valore la conveniencia de adoptar las medidas de técnica presupuestaria que se considere más oportuna, para que se establezca de la forma más inmediata un servicio de transporte público de viajeros desde el municipio de Aguilafuente al Centro de Salud de Carbonero El Mayor, al objeto de garantizar el derecho

contenido en el art. 43 de nuestra Constitución Española, que conlleva la obligación de los poderes públicos de adoptar tanto las medidas preventivas que resulten necesarias para proteger la salud pública, como las prestaciones y servicios necesarios.

Así mismo, esta Procuraduría exhorta a que la colaboración entre las distintas Administraciones afectadas sea patente, dando efectivo cumplimiento a una política de ayudas, iniciada por parte de esa Consejería, encaminada a dotar de servicios regulares de transporte de viajeros a todos los núcleos urbanos, que dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, carezcan del mismo así como asegurar el mantenimiento de los ya existentes."

En la fecha de cierre de este informe aún no se ha recibido respuesta, aceptando o rechazando motivadamente nuestra resolución y ello pese a que se les ha requerido en varias ocasiones dicha contestación.

En el campo de la financiación, persisten las reclamaciones en las que se pone de manifiesto el grave problema que representa para la salud de algunos ciudadanos el hecho de que, entre las prestaciones sanitarias facilitadas directamente por el sistema nacional de salud, no figuren todos los procedimientos inherentes a la atención bucodental, sobre todo en aquellos supuestos en los que el tratamiento es imprescindible y debe efectuarse en el marco de un centro especializado. Precisamente éste ha sido el motivo tratado en el expediente **Q/2478/00**.

En efecto, en esta ocasión la pretensión traía su fundamentación en determinadas características peculiares de quienes padecen algún tipo de discapacidad que requiere, ineludiblemente, un tratamiento integral odontológico, que necesariamente debía llevarse a cabo en un centro especializado.

En esta línea, el promotor de esta queja resaltaba que, pese a las peculiaridades que presentan las mencionadas personas respecto a la población general, los servicios de salud no les facilita algunos procedimientos de atención odontológica y que es necesario efectuar en centros especializados, tales como limpieza de boca y empastes, con fundamento en que los mismos no están incluidos dentro de las prestaciones del sistema público de salud y en que no pueden establecerse diferenciaciones con otros pacientes o colectivos.

Con ocasión de la admisión a trámite de este tipo de quejas, la Administración Sanitaria, en concreto, el Instituto Nacional de la Salud, ha informado a esta Institución que, en el ámbito de la atención especializada, los servicios de cirugía maxilofacial asumen el tratamiento quirúrgico de la cavidad bucal y de cualquier patología de entidad, añadiéndose que, por el contrario, el sistema público no puede asumir la práctica de empastes, limpieza de boca o cualquier otra actuación odontológica no incluida en el Real Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, y ello, con fundamento en que no es posible establecer diferencias con otros pacientes.

Desde el Defensor del Pueblo, Institución competente en esta materia, se han dirigido escritos enfatizando que la no inclusión, entre las prestaciones facilitadas directamente por el sistema nacional de salud, de todos aquellos tratamientos bucodentales que precisa el colectivo a que se viene haciendo mención y que únicamente se aplican en centros especializados, puede obstaculizar, si no impedir, que estos ciudadanos accedan a prestaciones sanitarias imprescindibles para su salud, propugnando, en este sentido, que el sistema público sanitario debería prestar directamente la atención bucodental en todos aquellos supuestos y procedimientos que afecten a personas con discapacidad y que deban realizarse en centros especializados.

En relación con ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha puesto de manifiesto que desde la Subcomisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se ha incluido, entre los temas prioritarios de trabajo, el relativo a la salud bucodental; que se ha considerado oportuno realizar, inicialmente, un estudio comparativo entre las comunidades autónomas sobre esta prestación; y que, una vez conocido la situación efectiva de estos tratamientos a las personas con discapacidades en el conjunto del sistema mencionado de salud, se podrán implementar actuaciones más adecuadas para dar la mejor respuesta posible a las necesidades de este colectivo.

A veces, el problema no es que un tratamiento esté excluido con carácter general de financiación pública, sino que los criterios de concesión de la misma son muy restrictivos.

Muestra de esta problemática lo constituyen los expedientes tramitados bajo los números **Q/242/01**, **Q/1022/01** y **Q/2212/01**. En todos ellos se puso de manifiesto el grave problema que representa para los padres la suspensión de la financiación de productos dietéticos en situaciones de intolerancia a las proteínas de leche de vaca, por el hecho de cumplir los menores dos años de edad.

Sólo en aquellos casos de carácter excepcional en los que persiste la intolerancia más allá de la citada edad, los servicios de la asistencia sanitaria pública arbitran unos mecanismos a fin de que estos pacientes sigan percibiendo la financiación de los productos sustitutivos. Pero, para hacernos una idea del porcentaje que representa la excepcionalidad a que nos venimos refiriendo, de las tres reclamaciones recibidas en este sentido únicamente a una de ellas se autorizó la financiación del producto que precisaba para su hijo durante un periodo de seis meses más.

En los otros dos casos, el Ministerio de Sanidad y Consumo expresó, en base a un estudio elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías, que no había signos de evidencia que permitieran considerar la necesidad de prescribir este tipo de productos a niños mayores de dos años, habida cuenta de que la evidencia científica disponible sobre las edades indicadas para la financiación por el sistema nacional de salud de

los productos dietéticos a pacientes con intolerancia a la lactosa no lo consideraban necesario.

Así mismo, destacamos que en el año 2001 persisten las quejas referidas a la insuficiencia de las dietas y de los gastos que se abonan por el desplazamiento de enfermos y acompañantes, aspectos que se han puesto de manifiesto en diferentes informes anuales presentados ante las Cortes de Castilla y León (**Q/425/01**, **Q/1392/01** y **Q/2038/01**). En este sentido se ha destacado que la legítima pretensión de los usuarios, que, como consecuencia de la ausencia de suficientes medios de diagnósticos y terapéuticos en su provincia de origen, se ven obligados a efectuar desplazamientos a centros sanitarios de provincias o comunidades distintas a las de procedencia, choca frontalmente con el hecho de que, como es notorio, las dietas en vigor son de escasa cuantía, no cumpliendo el fin para el que fueron establecidas.

Analizadas las diferentes circunstancias que concurrieron en los desplazamientos de estos pacientes, el Ministerio de Sanidad y Consumo nos indicó que el transporte y las dietas del familiar acompañante no son prestaciones de tipo sanitario.

Este parecer ha sido puesto en entredicho por el Defensor del Pueblo, el cual ha subrayado en sucesivos informes anuales presentados ante las Cortes Generales que si bien pueden existir otras prioridades a la hora de asignación de los recursos sanitarios y sociales, ello no es óbice para reconocer la ineficacia de esas ayudas para conseguir la finalidad a la

que van dirigidas, como es la compensación de los gastos originados por los desplazamientos derivados de la necesidad de recibir asistencia sanitaria en otra provincia.

En otro orden de consideraciones, mencionaremos que en las quejas tratadas, viene observándose una cierta reticencia de la Administración sanitaria en facilitar copia de las historias clínicas a los pacientes y, en último caso, en supuesto de fallecimiento de los mismos, a sus familiares o personas allegadas (**Q/ 1716/01**).

El derecho del paciente al acceso y copia de la historia clínica puede poner en conflicto el derecho a la información y el derecho a la intimidad y confidencialidad de datos de terceros que en ella se reflejan, o de datos aportados por terceros, y también plantea problemas porque se deja en manos del paciente el medio de prueba de responsabilidad profesional del médico y del centro o institución. Todo ello ha provocado que se formule y sea fuente de discusión con cierta frecuencia esta cuestión respecto a la historia clínica. ¿Quién es el verdadero propietario de la historia clínica? La respuesta no está clara para todos, ni todos están de acuerdo debido a la insuficiente e incompleta regulación de la Ley General de Sanidad y las simples alusiones que hacen a la misma otras disposiciones.

La historia se redacta en beneficio del paciente y sus datos deben ser especialmente protegidos, aunque este derecho no es exactamente

propiedad, sino utilización de los datos contenidos en la historia como si fuera suya, puesto que son datos que pertenecen a su intimidad.

En la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el derecho al acceso a los datos de salud se examina directamente desde la perspectiva del derecho a la intimidad y no desde el punto del derecho a la información.

Como muy claramente expone Ricardo De Ángel, una cosa es la propiedad de la historia clínica y otra cosa es el derecho del paciente al acceso de la historia clínica. Este autor defiende, como otros muchos, que el propietario de la historia clínica en el ejercicio privado de la medicina es el médico y en el ejercicio de la medicina en centros o instituciones en las cuales está el médico contratado, el propietario es el centro y señala que es incompatible la tesis de que el paciente no es propietario de la historia con su derecho al acceso a la historia que, no obstante, debe tener sus limitaciones.

El destinatario de la información del paciente es el propio paciente o usuario, o la persona legitimada para recibirla. Se presumen personas legitimadas los familiares más próximos y los acompañantes en el momento de admisión en el hospital, autorizados por el paciente.

Otra situación que se da con frecuencia en la práctica es la solicitud de datos clínicos del paciente ya fallecido. A este respecto, la Administración sanitaria ha informado que los datos y documentos relativos a la historia clínica del paciente fallecido no pueden ser facilitados

a sus herederos, ascendientes o descendientes, dado que de la Ley General de Sanidad, en conexión con otros textos legales, se deduce que sólo se permite el acceso a la historia clínica al propio enfermo, además de a los facultativos asistenciales o para fines científicos y de investigación, no extendiéndose en ningún supuesto este derecho, de interpretación restrictiva, a los familiares o herederos del paciente, al tratarse de datos protegidos que afectan al derecho fundamental de la intimidad, que es un derecho inalienable, no transmisible a terceras personas y que permanece después de la muerte.

La muerte del paciente y sus causas se constatan en el certificado de defunción que se realiza cuando ésta es natural y se conocen sus causas. Con él y tras la emisión del parte de defunción por el médico forense del Registro Civil se procederá a la extensión de la licencia de enterramiento judicial y posterior inhumación del cadáver. El médico que asiste al paciente fallecido sigue este procedimiento, además de informar a los familiares o personas que designó para ello el paciente de los datos del informe de alta, del certificado de defunción y de los resultados de la autopsia clínica, para cuya realización es necesaria la autorización de los familiares.

En cuanto a la entrega de la historia clínica a los familiares o personas que el paciente designó para informarles de su proceso, hay que tener en cuenta que la Ley General de Sanidad dice únicamente que la historia clínica estará a disposición de los enfermos, y que tiene una

finalidad asistencial. Ni los familiares son los enfermos, ni persiguen una finalidad asistencial con la obtención del historial una vez que el familiar ha fallecido. Además, la Ley General de Sanidad permite la entrega del informe de alta al paciente, el familiar o persona a él allegada, y la Orden de 6 de septiembre de 1984, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta, establece los requisitos mínimos que debe contener, y dice que éste será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal en el momento que se produzca el alta del establecimiento.

2. ASISTENCIA SANITARIA

La delimitación territorial de las diversas estructuras de la atención sanitaria constituye, sin duda, uno de los pilares en los que se sustenta la ordenación sanitaria de la Comunidad Autónoma y posibilita una adecuada distribución de los recursos.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su art. 51.2 que la ordenación territorial de los Servicios Sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas, por lo que haciendo uso de dichas competencias la Junta de Castilla y León aprobó, mediante Decreto 32/88, la delimitación territorial de las Zonas Básicas de Salud.

El Decreto 108/91, por su parte, configura como eje territorial de la atención especializada de salud, las Áreas de Salud, constituidas por agrupaciones de Zonas Básicas de Salud.

En general, cada municipio tiene su consultorio médico y se encuentra incluido en una Zona Básica de Salud en el que se presta la asistencia ordinaria para el municipio donde radica y la de urgencia, a partir de las 15 horas y hasta las 8 del siguiente día, para toda la Zona.

A su vez cada Zona de Salud está incluida en un Área Sanitaria que dispone de su Hospital de Referencia.

Siendo esto así, la ordenación de la atención especializada en la Comunidad de Castilla y León se estructura en cuatro niveles asistenciales, en orden a un mejor aprovechamiento de los recursos existentes y con base en criterios poblacionales, geográficos, y sociales.

A lo largo del año 2001, se ha continuado recibiendo quejas a través de las cuales se nos ha resaltado el malestar de algunos pacientes afectados por las sucesivas reestructuraciones de Zonas Básicas de Salud. Más concretamente por el hecho de que al quedar fuera de la zona que les correspondía se han visto obligados a cambiar de médico de cabecera, lo que genera una contrariedad para muchos ya que supone romper con una satisfactoria relación médico-paciente forjada a lo largo de muchos años.

Expresión de cuanto venimos señalando lo encontramos en las quejas tramitadas bajo los números **Q/1028/01**, y **Q/1031/01**. En ambos supuestos el origen de la problemática traía su causa en la reestructuración de las Zonas Básicas de urbanas “Esperanto”, “Arturo Eyries” y “Sur” de Valladolid.

Esta reordenación supuso un cambio en las asignaciones de médicos con objeto de mejorar la calidad y eficacia de la asistencia sanitaria y salud y así equiparar los cupos de los distintos facultativos. Sin embargo, este cambio significó una variación en la adscripción del médico de cabecera que tenían, lo que había generado un profundo malestar entre los pacientes afectados ya que estaban muy satisfechos con el trato recibido por el que fuera su médico de cabecera hasta ese momento.

Siendo ello así, planteaban la posibilidad de seguir siendo atendidos por dicho facultativo, puesto que éste mostraba su conformidad en continuar el seguimiento médico de dichos pacientes.

A este respecto hay que tener en cuenta que cuando un usuario opta por un médico que presta sus servicios en otra Zona Básica de Salud de la misma Área, en núcleos de más de 250.000 habitantes, es el facultativo el competente para conceder la conformidad, con objeto de asegurar la atención domiciliaria.

Si se trata de localidades distintas o en Zonas Básicas de Salud de núcleos de población de más de 250.000 habitantes, pertenecientes a Áreas de salud diferentes, el facultativo al conceder la conformidad deberá asegurar la atención domiciliaria de enfermería.

Iniciadas las actuaciones de investigación pertinentes, el médico de referencia nos informó que desde su incorporación a la plaza de Medicina General como médico estatutario propietario en octubre de 1982 en el Consultorio La Rubia, lo había desempeñado de forma ininterrumpida. En

1998 el Consultorio pasó a Centro de Salud Esperanto y en febrero de 2001 todo el equipo se trasladó al Centro de Salud Plaza del Ejército. Como consecuencia de las sucesivas reestructuraciones de Zonas Básicas de Salud, algunos pacientes quedaron fuera de zona, pero de forma libre y con su conformidad quedaron adscritos a su cupo.

Con la entrada en vigor del RD 1573/93 donde se reconoce la libre elección de médico, éstos pacientes optan por la misma.

El actual equipo de atención primaria lo constituyen 4 médicos estatutarios propietarios integrados, 1 médico estatutario no integrado, 3 médicos de APD no integrados legalmente pero sí funcionalmente, personal de enfermería y administrativos. Siendo responsable de la coordinación uno de los médicos de APD.

Desde diciembre de 1999 los pacientes del cupo que estaban fuera de la Zona Básica, cada vez que pedían cita para consulta se les recordaba que tendrían que cambiar de médico, lo que había motivado varias reclamaciones ya que ello suponía que, desde la Gerencia, la organización estructural estaba primando por encima de los derechos de las personas, conculcándose los derechos de los pacientes y del médico al haberse modificado el cupo del médico sin advertencia ni justificación, hecho que lesionaba gravemente la relación profesional y de confianza esencial en el acto médico.

Realizadas las oportunas gestiones, desde la Administración Sanitaria competente se puso de manifiesto las siguientes consideraciones

de carácter general: “La modificación legal de las Zonas Básicas de Salud de Castilla y León, llevada a cabo mediante la Orden de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de 8 de marzo de 2000, ha conllevado la reordenación sanitaria de las zonas básicas urbanas “Esperanto”, “Arturo Eyries” y “Sur” de Valladolid. La necesaria reordenación requiere el cambio de asignaciones de médicos para mejorar la calidad y eficacia de la asistencia sanitaria y equiparar los cupos de los distintos facultativos. En los casos en que un usuario opte por un médico que preste servicios en una zona básica de salud diferente a la que le corresponde por su domicilio, se aceptará tal opción siempre y cuando el facultativo exprese su conformidad al respecto”.

Realizadas cuantas gestiones se consideraron oportunas, se remitió una comunicación administrativa a todas aquellas personas que habían formulado reclamación ante la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste, mediante la que se informó que podían optar por un médico de familia que prestara sus servicios en una zona de salud distinta a la de su domicilio, si bien era el facultativo el competente para conceder la conformidad al cambio solicitado, al objeto de asegurar la atención domiciliaria.

En consecuencia, y entendiendo que de este modo se promovía el ejercicio efectivo de la libre elección de médico en el ámbito de la atención primaria, comunicamos la finalización de las actuaciones iniciadas en su momento y el archivo de los expedientes en cuestión.

Otro aspecto, dentro del ámbito de la atención primaria, que ha suscitado polémica, lo constituye la efectividad de la reforma sanitaria, siendo frecuente que colectivos de ciudadanos demanden la puesta en funcionamiento de centros de salud, o la mejora de sus ambulatorios mediante la dotación del personal y medios materiales acordes a las exigencias de la sanidad actual.

En el expediente **Q/857/01**, un grupo de ciudadanos residentes de la localidad de Peñacoba (Burgos) presentaron una queja en demanda de mejoras del servicio sanitario. Concretamente denunciaban que, pese a haber realizado numerosas gestiones a fin de conseguir un consultorio local adaptado y equipado para las necesidades del pueblo, y después de muchos esfuerzos haber recibido diversas ayudas de la Junta de Castilla y León y de la Diputación de Burgos, sin embargo, pese que hacía más de dos años que se había inaugurado el consultorio en cuestión, no se había utilizado ni una sola vez debido, decían, a la negativa del doctor titular de Santo Domingo de Silos a acudir al mismo, un día a la semana.

Así las cosas, el Ayuntamiento de Santo Domingo de Silos había dirigido escrito a la Delegación Territorial de Burgos interesando la designación de un médico, sin que constase a esta Institución si por parte de esa Administración se había procedido a dar contestación a lo solicitado.

Acordada la admisión a trámite de la reclamación, iniciamos las gestiones de investigación necesarias para el esclarecimiento de los

supuestos en que se basa, de lo que dimos cuenta a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, solicitándole información al respecto.

En contestación a nuestro escrito la Gerencia Regional de Salud nos puso de manifiesto que:

“La Corporación Local de Santo Domingo de Silos recibió una subvención por parte de la Junta de Castilla y León y de la Diputación en el año 1998 destinada a la construcción de un Consultorio Local en la localidad de Peñacoba.

Sin embargo, por ser un núcleo con menos de 50 habitantes la consulta asistencial se realizaba a demanda, tal y como determina la Disposición Adicional Primera, apartado 1 de la Orden de esta Consejería, de 15 de abril de 1991.

No obstante, considerando la petición de los vecinos de esta localidad y valoradas la peculiaridades de la misma, con fecha 30 de mayo de 2001, esta Gerencia Regional de Salud dispuso, mediante la resolución correspondiente, que el régimen de consulta en la localidad de Peñacoba sea de un día a la semana, lo que se comunicó al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Burgos y a su vez al Director Provincial del Insalud de Burgos al objeto de llevar a cabo las medidas oportunas para el cumplimiento de dicha resolución”.

En definitiva, a la vista de lo expuesto, entendimos que el problema planteado parecía haber encontrado una solución satisfactoria por lo que comunicamos la finalización de las actuaciones iniciadas y el archivo del expediente.

Entre otras actuaciones llevadas a cabo en este campo, queremos dejar constancia, también, del expediente tramitado con el número **Q/2397/00**, mediante el cual trasladamos a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León las inquietudes del Sindicato de Médicos Titulares de Salamanca (SIMETISA) ante lo que consideraban una clara dejación de funciones de la Junta de Castilla y León en la creación, amortización y/o reestructuración de las Zonas Básicas de Salud, conforme dispone el Decreto 32/1988, de 18 de febrero de la Consejería de Cultura y Bienestar Social, el Decreto 278/1996, de 19 de diciembre de la Consejería de Presidencia y la STC en su sentencia nº 1/1994, al permitir la usurpación de funciones por el Instituto Nacional de la Salud –Insalud-.

En opinión de SIMETISA, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social era el único organismo público competente para crear, anular, modificar orgánica y funcionalmente las ZBS de la autonomía y en concreto las de Salamanca, y no precisamente una entidad gestora de la Seguridad Social como es el Instituto Nacional de la Salud.

Por ello, solicitaban de la Administración Sanitaria de la Junta de Castilla y León: *«que declarase la incompetencia del Insalud para crear nuevos puestos de trabajo en Atención Primaria en el Área Sanitaria de*

Salamanca; y en particular que lo declare respecto de las plazas creadas en los municipios de Santa Marta de Tormes, Tejares, San Juan, Alamedilla y Garrido Sur». (sic)

La respuesta de la Gerencia regional de Salud fue la que a continuación transcribimos:

«Consecuente con su escrito sobre dejación de funciones de la Junta de Castilla y León en la creación, amortización y/o reestructuración de las Zonas Básicas de Salud en el Área de Salamanca, me corresponde informarle lo siguiente:

1º.- Como bien conoce esa Institución, las competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria corresponden en esta Comunidad Autónoma al Instituto Nacional de la Salud, en función de lo cual es a esa Administración a quien compete la posible creación y dotación de plazas en aquellos puntos donde las necesidades asistenciales así lo requieran.

2º.- La plantilla de sanitarios asistenciales de Atención Primaria de la Comunidad es de 1.735 médicos y 858 enfermeras funcionarios y de 553 médicos y 1.031 enfermeros estatutarios. De las 149 matronas, 28 ocupan plazas del Insalud.

El Área Sanitaria de Salamanca cuenta con 325 Médicos Generales y 251 Enfermeros. De ellos 58 Médicos y 121 Enfermeros ocupan plazas creadas por el Instituto Nacional de la Salud.

Según el modelo retributivo establecido para los Equipos de Atención Primaria mediante Resolución de 15 de enero de 1993, (BOE de 2 de febrero de 1993), las retribuciones complementarias de los sanitarios funcionarios son abonadas con cargo a los presupuestos del Instituto Nacional de la Salud y la Comunidad de Castilla y León costea la cantidad correspondiente a las retribuciones básicas y los trienios. En el caso del personal estatutario todas las retribuciones, tanto básicas como complementarias, son a cargo del Insalud.

3º.- El RD 1575/1993 sobre libre elección de médico en los Servicios de Atención Primaria, establece en su art. 6º, que el número óptimo de personas adscritas a los facultativos de Medicina General, estará comprendido entre 1.250 y 2.000 personas, pudiendo incrementarse en un 20% siempre que se mantenga la calidad de la asistencia.

A tal efecto y con el fin de fomentar una relación más personalizada entre médico y paciente, tanto por un mayor tiempo de dedicación como por una mayor cantidad y calidad de los servicios prestados, el Insalud podrá crear el número de plazas de sanitarios que considere oportuno para dar respuesta al rápido incremento poblacional experimentado en algunas zonas.»

De otra parte está el informe del Insalud, cuyo tenor literal dispone:

«PRIMERO.- Que SIMETISA solicita la sean facilitados los expedientes de los puestos de trabajo creados en Atención Primaria en los Municipios de Santa Marta de Tormes, Tejares, San Juan, Alamedilla y Garrido Sur, y se declare la incompetencia del Insalud para crear nuevos puestos de Trabajo en Atención Primaria en el Área Sanitaria de Salamanca.

Que el recurrente es funcionario de la Junta de Castilla y León (Médico de Asistencia Pública Domiciliaria), que los arts. 7 (puntos 1.1.4 y 3), 9 y 10 de la Ley 9/87 de 12 de junio, de los Órganos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al servicio de las Administraciones Públicas, disponen respectivamente que “se constituirá una Junta de Personal en cada una de las entidades gestoras y servicios comunes de la Administración de la Seguridad Social y en las Comunidades Autónomas”, las cuales tendrán, así como los Delegados de Personal las facultades que en sus respectivos ámbitos señala el Art. 9, y que se reconoce a las Juntas de Personal y en su caso los Delegados de Personal, legitimación para iniciar como interesados los correspondientes procedimientos administrativos y ejercitar las acciones en vía administrativa o judicial en todo lo relativo al ámbito de sus funciones”, y teniendo en cuenta lo expuesto, y dado que según informe obrante, la organización sindical a la que pertenece el recurrente no está

presente en la mesa sectorial de sanidad ni tampoco tiene representación alguna en la Junta de Personal de Instituciones Sanitarias del Insalud del Área de Salud de Salamanca, es por lo que la condición que dice ostentar únicamente la puede tener en el ámbito de la Administración Autonómica y no del Insalud, careciendo por tanto de legitimación.

No obstante lo anterior, el Art. 10 y 12.F del RD 1893/96 de 2 de Agosto de Estructura Orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, de sus organismos autónomos y del Instituto Nacional de la Salud disponen respectivamente que “corresponde al Insalud de conformidad con lo previsto en el Art. 57 del RDLeg 1/1994, de 20 de Junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y en la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, la gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito territorial de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido dichas competencias como es el caso de la Comunidad de Castilla y León, y que “corresponde a la Dirección General de Recursos Humanos” la propuesta de fijación de las plantillas de personal de los diversos centros y servicios”, y según consta en documentación obrante mediante resolución de la presidencia ejecutiva del Insalud de fecha 30 de junio de 1998 y 26 de febrero de 1999, que dejan sin efecto las resoluciones de fecha 28 de

noviembre de 1997 y 30 de noviembre de 1998, se fijan las plantillas del Centro de Gasto 3707 de la dirección provincial del Insalud de Salamanca, correspondientes a las plazas de Santa Marta de Tormes, y de Tejares, y las plazas de San Juan, Alamedilla y Garrido Sur, de lo que se desprende que las cinco plazas fijadas en la plantilla lo han sido en el ejercicio de las competencias que le han sido atribuidas en el citado Real Decreto.»

Una vez valorado el asunto sometido a nuestra consideración y a la vista de cuanto se manifestó en los informes transcritos, no se advirtió que en la cuestión objeto de la queja concurrieran elementos objetivos que hicieran posible la realización de nuestras intervenciones acordes con el ámbito y carácter de los cometidos que tiene legalmente atribuidos la institución.

3. LISTAS DE ESPERA Y REINTEGRO DE GASTOS

En relación a la asistencia sanitaria y la prestación del servicio, nuevamente hay que insistir en el problema generado por las listas de espera.

Un año más, los ciudadanos acuden a esta Institución ya que, por no encontrarse bien, o por estar pendientes de realizar algún tipo de prueba, han sido citados con una demora que consideran excesiva.

La problemática de las listas de espera, especialmente las quirúrgicas y para pruebas diagnósticas, ocupan buena parte de las reclamaciones recibidas, evidenciando la enorme repercusión que para los ciudadanos tienen las demoras en la asistencia sanitaria.

Dejando a un lado los problemas relacionados con las listas de espera, nos centramos a continuación en las reclamaciones recibidas sobre los reintegros de gastos sanitarios por uso de medios ajenos a los de la Seguridad Social. En la mayoría de los supuestos (por ejemplo **Q/158/01**, **Q/440/01**, **Q/453/01**, **Q/526/01**, **Q/1392/2001**, **Q/2038/01**) estos expedientes se plantean tras haber acudido a Centros privados sin autorización de los órganos de gestión y control de las Entidades Gestoras y sin que medie urgencia vital.

En estos casos, desde esta Procuraduría, se informa a los reclamantes que la "denegación injustificada de asistencia", que faculta al beneficiario a acudir a otros medios sanitarios (art. 18.3 del Decreto 2766/1967) y los casos de "urgencia vital", es decir, de situaciones patológicas de grave riesgo para la vida o para órganos importantes del beneficiario (art. 18.4 del citado Decreto), son las dos únicas situaciones que permiten la reclamación y abono de gastos a las entidades gestoras ocasionados por la utilización de servicios médicos ajenos a la Seguridad Social.

A este respecto, parece oportuno traer a colación la doctrina jurisprudencial en esta materia, mediante la que se fijan unos criterios para

determinar las condiciones básicas conformadoras de una situación de urgencia vital, y así se establece que “la urgencia vital implica un riesgo inminente de vida, o de pérdida de órganos fundamentales para el desarrollo normal de vivir” (Tribunal Central de Trabajo, sentencia de 20 de noviembre de 1973), que de forma acumulativa concurra con la imposibilidad de "acudir a la medicina oficial, porque la tardanza que ello supondría podría poner en peligro la vida del enfermo o su curación definitiva" (Tribunal Central de Trabajo, sentencia de 7 de mayo de 1976).

Igualmente, la citada doctrina ha establecido que "la inspección médica de la Seguridad Social es la competente para enviar a los pacientes a otros centros ajenos a la Seguridad Social y no los propios interesados" (Tribunal Central de Trabajo, sentencia de 23 de abril de 1986, por todas).

En otras ocasiones, los promoventes de las quejas acuden a la Institución para informarse acerca de si un determinado producto está contemplado en el catálogo de prestaciones financiadas por el sistema nacional de salud, o para solicitar que se contemplara su cobertura. En todos los casos se ha facilitado la oportuna información al ciudadanos sobre sus derechos y, en su caso, la forma de hacerlos valer, si bien cuando la pretensión del interesado iba encaminada a modificar la cobertura vigente, los expedientes han sido remitidos al Defensor del Pueblo.

Cabe reseñar, a modo de conclusión, que los diferentes servicios de salud vienen aplicando un criterio netamente restrictivo en los supuestos de reintegro de gastos de salud por la utilización de medios ajenos a la

Seguridad Social, de forma que una gran mayoría de las resoluciones dictadas en este ámbito, y relativas a las solicitudes formuladas por los interesados como consecuencia de la existencia de demoras en la prestación de la asistencia, son generalmente desestimatorias.

En otros casos, como ya apuntamos, subyace el malestar ante la congelación de los importes de las dietas por desplazamientos de usuarios del sistema nacional de salud para ser atendidos en otras provincias, distinta a la de su residencia (Q/2038/01).

4. CENTROS SANITARIOS

Como en años anteriores, partiendo como siempre del contenido de las quejas formuladas, destacamos en este epígrafe las denuncias más significativas acerca de las insuficiencias y precariedades detectadas por los usuarios en algún centro sanitario.

Por lo que atañe a la dotación de recursos materiales y personales, para garantizar la calidad de la actividad asistencial, debemos reseñar que en el año 2001 se ha observado una disminución en cuanto al número de reclamaciones registradas en tal sentido. Si bien es cierto que continúan llegando escritos de quejas en las que se resaltan determinadas deficiencias, fundamentalmente en relación con las funciones a desarrollar por el personal de los centros sanitarios en general, y con la dotación de las plantillas de personal, en particular.

En lo concerniente a la conservación de los consultorios, subsisten las denuncias sobre inadecuaciones de espacios para atender correctamente la demanda que soporta determinado centro sanitario. No son pocos los usuarios que someten a nuestra consideración lo que en su opinión estiman un incumplimiento por parte de algunas Corporaciones Locales respecto de las obligaciones a las que corresponde hacer frente (**Q/1901/00, Q/650/01, Q/857/01, Q/1646/01**).

Con base a esta problemática el Procurador del Común ha trasladado a los Ayuntamientos las puntualizaciones que a continuación se exponen.

Con anterioridad a la vigencia de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, los antes llamados Centros de Higiene Rural y hoy Centros de Salud o Centros de atención primaria tuvieron la consideración de servicios estatales instalados con la colaboración de los Ayuntamientos.

La situación ha variado. Así, conforme al art. 25 de la LRBRL "El Municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal." y en su apartado 2 continúa: "El Municipio ejercerá en todo caso competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en las siguientes materias...i) Participación en la gestión de la atención primaria de la salud".

En realidad, lo que hace la LRBRL es remitir a las Leyes sectoriales. Éstas son las que precisan el contenido e intensidad de las competencias municipales en el sector respectivo.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, viene a concentrar los servicios sanitarios bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas, con la dirección y coordinación del Estado. Sin embargo, en su art. 42, señala en todo caso los aspectos sobre los que los Ayuntamientos han de ostentar competencias y sobre los que pueden colaborar.

Por su parte, su art. 78 dispone que "los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas precisas para atender las necesidades sanitarias de todos los Organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus competencias".

El espíritu de la Ley General de Sanidad es que los Centros de Salud sean asumidos y entregados (los ya existentes) a las Comunidades Autónomas.

En el caso de Castilla y León, muy explícitamente, el art. 21.5 de la Ley 1/1993, de Ordenación del Sistema Sanitario señala que "todos los núcleos de población superior a 50 habitantes dispondrán de un consultorio local. Los ayuntamientos respectivos garantizarán en todo caso su conservación y mantenimiento".

Por lo tanto, corresponde al Ayuntamiento proporcionar un local adecuado como consultorio y velar por la conservación y mantenimiento del mismo, garantizando la necesaria protección de la salubridad pública, tal y como recoge el propio art. 25 de la LRBRL, sin perjuicio de que pueda acogerse a la próxima convocatoria de ayudas a corporaciones locales para realización de inversiones en materia sanitaria.

De todas las resoluciones emitidas desde esta Procuraduría sobre el particular, la tendencia de las corporaciones locales, en sus respuestas emitidas (aceptando o rechazando el contenido de las mismas), es argumentar que para numerosos municipios resulta poco menos que imposible hacer frente a esta carga, que no pueden soportar por lo reducido de sus presupuestos.