

ÁREA J

**ÁREA J****SANIDAD Y CONSUMO**

Expedientes Área	174
Expedientes remitidos a otros organismos	7
Expedientes admitidos.....	102
Expedientes rechazados	23

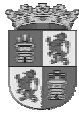
1. SANIDAD

En el presente año se han tramitado en esta materia 112 quejas de muy variada naturaleza.

Dentro del ámbito de tratamiento de determinadas patologías y enfermedades destaca el expediente relativo al llamado síndrome de lipodistrofia facial como consecuencia del consumo de retrovirales recetados, entre otros, a quienes padecen VIH.

En cuanto a la organización de centros sanitarios hemos dictado una resolución, si bien ha salido con fecha posterior a la elaboración de este informe, acerca de la preocupante situación del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico de Valladolid. Asimismo hemos llevado a cabo una actuación de oficio, que será objeto de examen en el apartado específico del presente informe, sobre la seguridad en los centros sanitarios de Castilla y León.

Nuevamente y, al igual que en años anteriores, los ciudadanos castellanos y leoneses manifiestan su preocupación por la asistencia sanitaria prestada poniendo de manifiesto su disconformidad con la práctica profesional de algunos facultativos. Esta problemática tiene una doble vertiente: la médica, en la que no podemos entrar dado que carecemos de conocimientos y de medios para determinar si ha existido una praxis adecuada, y la jurídica pues en muchas ocasiones los usuarios del sistema sanitario presentan quejas en los propios centros médicos hospitalarios que son resueltas mediante la remisión de un "escrito modelo" que no arroja ninguna luz al paciente. En estos casos, la información remitida por la Consejería nos resulta poco clarificadora puesto que por norma general da por buena la actuación del facultativo con una mínima investigación que tiene como punto de partida un informe del propio profesional quien, evidentemente, en la mayoría de los casos niega la versión del paciente.



Por último hemos de aludir a la resolución hecha en relación con la recogida de sangre de cordón umbilical y conservación de la misma en bancos de sangre.

La tramitación de las quejas planteadas por los ciudadanos en este ámbito material ha contado con la colaboración de la Consejería de Sanidad. Sin embargo, en varias ocasiones, se ha debido reiterar nuestra petición de información inicial así como la postura adoptada ante las resoluciones de la Institución. En todo caso, si bien la Consejería colabora con esta Procuraduría en los términos expuestos, el contenido de los informes a veces resulta demasiado críptico y poco clarificador sobre todo en el caso de las reclamaciones por práctica profesional en los términos expuestos.

Se han formulado 27 resoluciones; en concreto, 24 a la Consejería de Sanidad, una al Ayuntamiento de Miranda de Ebro y otra al Ayuntamiento de Arganza en la provincia de León. En la fecha de cierre del informe la Consejería había aceptado 9 en todos sus términos, parcialmente 2 y rechazado 8.

Como novedades legislativas hemos de hacer constar dos de extrema importancia en materia sanitaria. La primera es, indudablemente, el nuevo Estatuto de Autonomía que recoge en su catálogo de derechos el derecho a la salud en su art. 13.2. A tal efecto hemos de señalar el carácter prolijo de la regulación estatutaria en lo que al citado derecho se refiere así como el necesario desarrollo legislativo de aspectos tales como el acceso a la historia clínica, la regulación de plazos máximos en las listas de espera, la libre elección de médico y centro o la segunda opinión médica. La segunda es el Decreto 121/2007, de 20 de diciembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema de Salud de Castilla y León para determinado tipo de dolencias.

Hemos de hacer constar, asimismo, la presentación de una serie de quejas que serán objeto de estudio y resolución en el año 2008 sobre la situación del Hospital Comarcal de Aranda de Duero. Estos expedientes han sido presentados por diversas Asociaciones de Vecinos de la localidad que encuentran serias deficiencias en el funcionamiento del citado centro siendo éstas más graves en determinados servicios.

1.1. Derechos de los usuarios

1.1.1. Derecho a la libre elección de médico y centro

Haremos alusión en el presente apartado a tres expedientes: **Q/1959/06**, **Q/39/07** y **Q/1261/07**.

En el expediente **Q/1959/06** se puso en nuestro conocimiento la siguiente situación: Su autor llevaba siendo atendido desde el año 2000 en la Consulta de Neurología del Centro de Salud de José Aguado (León) si bien en el año 2006 manifestó al facultativo que venía



tratándole su voluntad de solicitar cambio de especialista. El citado Dr. le elaboró un nota para el médico de Atención Primaria quien, cumplimentado el correspondiente formulario, le remitió al Servicio de Atención al Paciente del Centro de Salud para que procediera a ejercer su derecho a la libre elección de especialista. El problema surgió dado que en el citado Servicio le indicaron que en esa especialidad no existía derecho a la libre elección y, en consecuencia, se negaron a recibir y tramitar el documento cumplimentado por el médico de Atención Primaria. Solicitada información a la Administración sanitaria, ésta puso en nuestro conocimiento que no constaba ninguna solicitud del autor de la queja ni en el Servicio de Atención al Paciente del Complejo Hospitalario de León ni en el del Centro de Salud de José Aguado. A la vista de lo expuesto, concluimos la existencia de una deficiente actuación en el Servicio de Atención al Paciente del Centro de Salud al colocar al paciente en una evidente situación de indefensión dado que no se dio el trámite oportuno a su solicitud (de la que obraba copia en nuestra Institución al aportarla el autor de la queja). Por otra parte, la Consejería puso en nuestro conocimiento que una vez presentada la correspondiente solicitud, ésta sería tramitada y a buen seguro estimada. En virtud de lo expuesto, dictamos resolución requiriendo a la Consejería para dar las instrucciones necesarias a los Servicios de Atención Paciente en orden a una adecuada información a los usuarios con indicación expresa de que por parte de los mismos debe recibirse la documentación que los ciudadanos quieran presentar a fin de evitar situaciones como la descrita. Se indicó asimismo que, una vez cumplimentada la solicitud por parte del autor de la queja debía darse a ésta el trámite más rápido y ágil posible. Esta resolución fue aceptada por la Administración sanitaria.

El expediente **Q/0039/07** tenía como objeto el ejercicio del derecho de libre elección de médico de familia en Miranda de Ebro y tuvo para esta Procuraduría una connotación especial atendiendo a la edad de sus autores. El motivo de la queja era la situación de un matrimonio de 72 y 79 años respectivamente a quienes se les había adjudicado un médico de familia distinto al que venía atendiéndoles los últimos cuarenta años. Admitida a trámite y solicitada información indicaba en la misma que la selección de pacientes se hizo de forma aleatoria respetando la asignación a un mismo facultativo de las personas pertenecientes a la misma unidad familiar. Se nos indicó, asimismo, que el cupo del doctor solicitado estaba cerrado pero que las posibilidades de que el citado matrimonio pudiera ser asignado al mismo estaba condicionado a la apertura del cupo que podría producirse en función de la evolución del mismo. Examinada esta información y la normativa aplicable, pusimos de manifiesto al a Consejería de Sanidad que compartíamos su criterio (tal y como hemos venido manifestando a la misma) en cuanto a la necesaria reorganización de las Zonas Básicas de Salud, pero expusimos también que, en caso de conflicto de intereses, debía primar siempre la libre elección del usuario frente a la reorganización interna de los Servicios de Salud. Pusimos de



relieve, además, que el cambio de médico de atención primaria no supone lo mismo para una persona joven que para una pareja de ancianos que se encuentran desasistidos al entender que existe un corte en esa relación estrecha médico-paciente asentada en la confianza de los años. Por otra parte, examinados los cupos, llegamos a la conclusión de que la asignación hubiera sido posible dado que el número de tarjetas del facultativo había aumentado desde que lo solicitaron los autores de la queja, en veinticuatro. Por ello, así como por razones de humanidad y oportunidad, instamos a la Administración sanitaria para que se adoptaran las medidas que garantizaran el respeto de los derechos de los autores de la queja incorporándolos de forma inmediata y sin necesidad de previa solicitud en caso de que fuera posible dado que ya habían manifestado de forma reiterada su deseo en ese sentido. Esta resolución fue aceptada.

Distinta suerte corrió el expediente **Q/1261/07** que fue archivado por ausencia de irregularidad. En él se ponía de manifiesto el cambio de pediatra de un menor, hijo del autor de la queja, como consecuencia de la incorporación de un nuevo pediatra al Centro de Salud. Presentado escrito por parte del autor de la queja, la Administración sanitaria puso en su conocimiento la necesidad de adoptar medidas para garantizar la eficacia y calidad del sistema sanitario y la circunstancia de que su hijo había pasado a pertenecer al nuevo cupo como consecuencia de un sorteo celebrado (medio este utilizado por considerarlo el más imparcial) añadiendo que el cupo se cerraría por seis meses "con la finalidad de que los pacientes tuvieran tiempo suficiente para conocer al nuevo profesional". Examinada toda esta información y la normativa aplicable, entre la que se encuentra el artículo 13 de la Ley 41/2002, de 16 de noviembre, de Autonomía del Paciente y el artículo 38 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, llegamos a la conclusión de que no había concurrido irregularidad alguna puesto que a veces es necesario reorganizar las Zonas Básicas de Salud a cuyo efecto la utilización de un medio tan aséptico como el sorteo es perfectamente adecuado siendo asimismo razonable el cierre de los cupos en los términos expuestos y tal y como hacen otras Comunidades Autónomas.

1.1.2. Acceso a la historia clínica

La nueva redacción de nuestro Estatuto de Autonomía recoge, en su artículo 13.2.a, como derecho de los castellanos y leoneses el acceso a la historia clínica. Ciertamente es que tal extremo ya estaba regulado y garantizado por normas tanto de ámbito estatal como autonómico pero no constituía hasta el momento presente una previsión estatutaria. En esta materia hemos de hacer constar la tramitación del expediente **Q/1139/06** que recibimos por mediación del Justicia de Aragón. En él un ciudadano ahora residente fuera de nuestra Comunidad Autónoma ponía de manifiesto el posible extravío de su historia clínica por parte del Centro de Salud de José Aguado en León. Solicitada información a la Consejería de Sanidad, ésta puso en nuestro conocimiento que el paciente había sido dado de baja por traslado a otra



Comunidad Autónoma y que el médico de familia al que se encontraba adscrito se había jubilado en el año 2004 no existiendo constancia de la historia clínica del paciente. Entendiendo insuficiente tal información, solicitamos que ésta fuera ampliada resultando ciertas las sospechas del paciente respecto del extravío de su historia clínica. Como consecuencia de estos extremos y de la normativa aplicable concluimos la existencia de posibles irregularidades en la actuación de la Administración sanitaria. Tales irregularidades derivaban de la indebida custodia y conservación por parte del Centro de Salud y, eventualmente, de la posible responsabilidad en que pudo incurrir el personal a su servicio. El art. 14 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica define qué debemos entender por historia clínica y en su segundo inciso prevé la obligación de cada centro de archivar las historias clínicas de sus pacientes garantizando su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información. Acudimos, asimismo, para estudiar la cuestión al art. 7.3 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) así como al artículo 61 de la Ley General de Sanidad, al art. 15.2 del Código Deontológico y al art. 39.3 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Con todos estos datos y los obtenidos de la jurisprudencia llegamos a la conclusión de la evidente vulneración de los derechos del paciente puesto que la historia clínica del mismo (que debía encontrarse bajo la custodia del Centro de Salud de José Aguado), había desaparecido, había sido destruida o se encontraba en paradero desconocido. Cierto es que no resultó acreditado a quién incumbía personalmente la responsabilidad de tal extravío pero lo que era incuestionable era que éste se había producido dentro del ámbito de custodia del Centro de Salud, quien debía haber conservado el historial clínico al menos cinco años desde la jubilación del médico de Atención Primaria que asistía al paciente, hecho este que tuvo lugar en 2004. Cuestión distinta era probar, como afirmaba el autor de la queja, la existencia de relación causa-efecto entre la falta de presentación de la historia clínica y la denegación del reconocimiento del grado de minusvalía por parte del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón. Por ello entendimos que debía iniciarse de oficio un procedimiento de responsabilidad patrimonial dado que si bien había existido un anormal funcionamiento del servicio público, debía ser en fase administrativa donde se depurase la responsabilidad y la cuantía indemnizatoria. La Consejería de Sanidad no estimó pertinente aceptar nuestra resolución.

1.2. Listas de espera

El expediente **Q/372/06** tenía como objeto la situación de un paciente con residencia en Ávila que, afectado de osteoporosis y puesto en lista de espera para hacerse una densitometría, fue citado en el Hospital Universitario de Salamanca nueve meses después de



formular la solicitud de la prueba. Admitida a trámite la queja, requerimos información a la Consejería de Sanidad a fin de conocer las razones por las que Ávila carece de medios para realizar las citadas pruebas, si existía algún centro concertado o privado en la localidad que pudiera realizarlas y la relación de centros en Castilla y León dotados de medios necesarios para llevarlas a cabo. Se interesaba, asimismo, información acerca de la posible derivación a otras provincias y el tiempo medio de espera para realizar la densitometría. En tal sentido, la Consejería nos indicó que los centros donde se llevaban a cabo tales pruebas era en el Complejo Asistencial de Salamanca, en el de Palencia estando previsto en el momento de remisión de la información, la incorporación a la cartera de Servicios del Complejo Asistencial de Soria. Se nos indicaba, asimismo, que con carácter general la Gerencia de Salud de Área de Soria estaba derivando pacientes a la Clínica Universitaria de Navarra y que la Gerencia de Salud de las Áreas de Salud de León y el Bierzo, derivaban sus pacientes al Centro de Resonancia Magnética de León, S.A. y a la Clínica Ponferrada respectivamente. En cuanto al tiempo medio de espera se indicaba que estaba en tres días en Palencia y en 160 en Salamanca si bien se indicaba que en el resto de las provincias no se realizaban densitometrías siendo derivados los pacientes fundamentalmente a Salamanca. Con esta información y con la obrante en esta Procuraduría sobre el Acuerdo 261/2003, de 26 de diciembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de reducción de listas de espera 2003-2007, concluimos la existencia de irregularidades en la actuación administrativa al haberse sobrepasado no sólo los plazos medios establecidos para la realización de la prueba sino los dispuestos en el citado Acuerdo. Por otra parte pusimos de manifiesto la gran diferencia existente entre las dos provincias (tres días en el caso de Palencia y 160 en el caso de Salamanca) por lo que indicamos la posibilidad de derivar pacientes a la primera de las capitales en detrimento de la segunda para aliviar la presión en ésta última. Asimismo indicamos que la solución podría pasar por un concierto en algunas provincias tal y como se hace en León, Ponferrada y Soria siempre que las posibilidades presupuestarias lo permitieran. Esta resolución fue aceptada parcialmente por la Administración regional.

La queja **Q/851/06** tenía como objeto las listas de espera del servicio de rehabilitación de Zamora. Su autor puso en nuestro conocimiento que en agosto de 2005, tras el correspondiente tratamiento con antiinflamatorios e inyecciones, fue remitido al Servicio de Rehabilitación del Hospital Virgen de la Concha de Zamora donde le citaron para el día 14 de diciembre. En este intervalo de tiempo el paciente hubo de acudir al Servicio de Urgencias y, en última instancia, a un centro privado de rehabilitación dado que se hallaba de baja laboral debido a los episodios agudos de dolor. Llegado el día de la cita, el paciente no pudo acudir dado que se encontraba en un reunión de trabajo que se prolongó hasta las catorce horas si bien intentó poner esta circunstancia en conocimiento del Servicio de Rehabilitación. Tras



diversos intentos telefónicos, la persona que atendió la llamada le dijo que ya no había nadie en la consulta y que llamase el día siguiente momento en el cual le indicaron que debía iniciar nuevamente el protocolo par obtener nueva cita. Solicitada información a la Consejería de Sanidad, ésta puso en nuestro conocimiento el tiempo medio de espera para consultas externas así como las circunstancias en el caso concreto de la queja. Examinados estos datos y el Acuerdo 261/2003, de 26 de diciembre, ya citado, llegamos a la conclusión de que los plazos fueron cumplidos en atención al tipo de consulta solicitada (que era normal) si bien los problemas surgieron por la imposibilidad del paciente a la hora de poner en conocimiento del Servicio de Rehabilitación el contratiempo profesional surgido dado que a las dos de la tarde no pudo comunicar telefónicamente con el citado servicio. Por ello llegamos a la conclusión de que si bien el paciente debía perder el puesto que ocupaba en lista de espera ya que la causa de la nueva cita no era imputable a la Administración sanitaria, ello no debía implicar la reiteración de pruebas o exámenes que no harían sino dilatar la consulta externa en rehabilitación. Así pues instamos a la Consejería a autorizar nueva consulta externa sin necesidad de iniciar nuevo protocolo así como a proceder al desarrollo normativo de la Ley 8/2003 dando, entre tanto, las instrucciones oportunas para aplicar con flexibilidad los protocolos de actuación internos. Esta resolución fue aceptada por la Consejería.

El expediente **Q/793/07** tenía como objeto la situación de una paciente que llevaba más de ocho meses en lista de espera para la realización de una ecografía pautada por su ginecólogo como preferente. Solicitada información a la Administración Autonómica, ésta puso en nuestro conocimiento que había existido un error en el servicio de citaciones indicándonos la fecha en que se realizaría la prueba. Se nos indicó, asimismo, que se estaban llevando a cabo medidas encaminadas a reducir los efectos de las listas de espera mediante la optimización de los recursos, así como mejorando la coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada impulsando la cirugía ambulatoria y actuando sobre estancias hospitalarias innecesarias. Por último, se puso en nuestro conocimiento la creación de un grupo de trabajo para reducir los tiempos de espera a fin de que a lo largo de la legislatura se alcanzase como objetivo que la demora media en las intervenciones quirúrgicas programadas no fuera superior a 50 días. Tras estudiar la cuestión y pese a que el problema concreto que había dado lugar a la queja había sido solucionado, concluimos la posible existencia de irregularidades en la actuación de la Administración sanitaria. En primer lugar, puesto que si efectivamente existió un error en el Servicio de Citas, tal fallo debió ser apreciado cuando se remitió la primera reclamación al Hospital General Yagüe no limitándose éste primero y luego la Gerencia de Salud de Salud de Área de Burgos a remitir una respuesta genérica ofreciéndose a adelantar la cita. En segundo lugar, puesto que había concurrido una más que evidente superación no sólo del plazo medio previsto para la realización de la prueba sino incluso del plazo máximo que está



establecido en noventa días. Por último, entendimos que la inminente expiración del Plan de reducción de listas de espera en 2007 aconsejaba la necesidad de plasmar rápida y eficazmente los resultados de los estudios del Grupo de trabajo creado a tal efecto así como la adopción de medidas tales como garantizar al usuario la posibilidad de acudir a la sanidad privada sin coste alguno en los casos en los que se superasen los tiempos máximos de espera. Indicamos asimismo a la Consejería la necesidad de dar instrucciones necesarias para que las quejas o reclamaciones de los usuarios sean objeto de investigación evitando la remisión de respuestas estándar. Con posterioridad a la fecha de cierre de este informe, la Administración sanitaria estimó oportuno aceptar parcialmente nuestra resolución argumentando la imposibilidad de erradicar las listas de espera y señalando que *tal extremo es un mal endémico de la sanidad española (no sólo de castellana y leonesa) que "implicaría la existencia de profesionales ociosos a la espera de recibir pacientes, con el incremento de costes y la consiguiente pérdida de eficiencia que ello comportaría"* (sic). Además puso en nuestro conocimiento extremos que nos parecen de suma importancia cuales son el compromiso del propio Presidente de la Junta de Castilla y León para la VII Legislatura en orden a definir los tiempos máximos de espera para intervenciones quirúrgicas programadas y un sistema que garantice su cumplimiento. En este sentido se pone en nuestro conocimiento la futura regulación de estos aspectos mediante Decreto donde se recoja la posibilidad de que, en caso de incumplimiento de los plazos máximos, el paciente pueda ser atendido en un centro de su elección. El citado texto legal regulará, además, el régimen legal de un registro de pacientes en lista de espera de atención especializada que permitirá el seguimiento de la misma así como el cómputo de los plazos.

Dentro de este mismo apartado pero por razones meramente formales nos vimos en la obligación de dictar resolución en el expediente de queja **Q/680/07**. El motivo de la misma era la denegación de la solicitud de derivación al Instituto Oncológico de San Sebastián por parte de un paciente de nuestra Comunidad Autónoma. En atención a nuestra petición de información se remitió por la Administración autonómica informe en el cual se hacían constar los argumentos jurídicos por los que entendían que no procedía la derivación. Estudiados éstos llegamos a la conclusión de que debíamos compartir los mismos si bien estimamos la concurrencia de irregularidades en cuanto a la forma de la resolución remitida al ciudadano. En efecto, entre la documentación que acompañaba a la queja se encontraba un oficio procedente de la Consejería de Sanidad que data de 16 de abril de 2007 firmado por el Jefe de Asistencia Sanitaria e Inspección. En el mismo se explicaba (si bien no se motivaba) por qué se denegaba la solicitud sin que constasen más datos y sin ni siquiera advertir del derecho del reclamante a presentar recurso, reclamación previa a la vía judicial social o demanda. Es decir, no contenía los elementos necesarios para ser considerada resolución en los términos previstos en el artículo 89 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones



Públicas y Procedimiento Administrativo Común. Tampoco, evidentemente, estaba motivada ex artículo 54. Por ello estimamos la necesidad de requerir a la Administración sanitaria para que diera las instrucciones oportunas a fin de que las resoluciones administrativas de derivación a otros centros sanitarios contuvieran los requisitos legalmente establecidos evitándose así situaciones de indefensión como la que dio lugar al expediente. Después de la fecha de cierre de este informe ha sido aceptada esta resolución.

1.3. Práctica profesional

Haremos alusión en este apartado a las resoluciones recaídas en tres expedientes de las cuales una ha sido aceptada y dos rechazadas.

Antes de entrar en el fondo de la cuestión hemos de poner de manifiesto la dificultad que entraña esta cuestión al carecer nuestra Institución de los conocimientos necesarios para determinar si existió o no infracción de la *lex artis* como pretenden en muchos casos los ciudadanos.

El expediente **Q/1233/06** tenía como objeto la disconformidad de su autor con la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital de León y en el Servicio de Traumatología. Admitida a trámite la queja y recabada la información necesaria de la Administración tuvimos conocimiento de ciertos hechos de los podría deducirse la existencia de responsabilidad administrativa. Así, el paciente acude al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de León el día 8 de diciembre de 2005 donde se le diagnostica fractura de metáfisis distal de radio reduciendo la fractura y enyesando el antebrazo. Veinte días después en el Centro de Salud de José Aguado se le realiza control radiográfico y se observa fractura de estiloides cubital. El día 18 de enero de 2006 el paciente ha de acudir nuevamente a consulta a consecuencia de la pérdida de fuerza y el dolor. Repetidas las pruebas y ya en marzo de 2006, se le indica que únicamente debe acudir a rehabilitación. Con posterioridad el paciente presenta reclamación en cuya contestación se le ofrece la posibilidad de ser nuevamente examinado. Tras esta última consulta se vuelve a prescribir rehabilitación al paciente. Estudiado en profundidad el expediente administrativo y valorada la posibilidad de que concurrieran los requisitos necesarios para una responsabilidad patrimonial, concluimos que debía llevarse a cabo una labor de inspección e investigación en orden a esclarecer las circunstancias concurrentes desde la primera consulta en el servicio de urgencias y, en caso de que fuera necesario, iniciar de oficio el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial. La Consejería de Sanidad estimó oportuno aceptar nuestra resolución.

En cuanto a las dos resoluciones rechazadas por la Administración autonómica son las recaídas en los expedientes **Q/896/06** y **Q/1682/06**. En el primero de los supuestos se ponía en nuestro conocimiento el indebido tratado dispensado por un ginecólogo del Centro de



Especialistas Arturo Eyries a una paciente. Según el autor de la queja, ésta acudió al Servicio de Urgencias del Hospital del Río Hortega de Valladolid por un fuerte dolor abdominal causado por un quiste anexial izquierdo de endometriosis para posteriormente ser tratada en el citado Centro de Especialidades. En esta consulta, la paciente comunicó al facultativo que en ejercicio de su derecho a tener una segunda opinión médica, había consultado a otro médico. Sin embargo, a partir de ese momento el trato de aquél cambió radicalmente llegando incluso, según el autor de la queja, a negarse a atender a la paciente. Admitida a trámite la queja y solicitada información la Consejería de Sanidad puso en nuestro conocimiento la indudable y reconocida profesionalidad del doctor así como la circunstancia de que en determinados casos puede *“verse alterada la relación de confianza médico-paciente sin que ello implique anomalía alguna en el funcionamiento del servicio público”*. Asimismo, fuimos informados de que esta argumentación ya había sido puesta de manifiesto a la paciente a quien, además, se había ofrecido la posibilidad de acudir a cualquier otro profesional del centro. Tras tener conocimiento de todos estos extremos entendimos la concurrencia de posibles irregularidades en la actuación administrativa. En primer lugar puesto que no se procedió, como ocurre tantas veces, a investigar la veracidad de los hechos que dieron lugar a la ruptura de la antedicha relación de confianza. Lo cierto es que los ciudadanos se encuentran muchas veces indefensos ante el trato dispensado por algunos facultativos (afortunadamente muy pocos) puesto que las consultas se desarrollan evidentemente en ámbitos estrictamente privados. Así las cosas es muy difícil probar el trato que se les otorga por lo que la prueba de la falta de cortesía o incluso de respeto es casi una prueba diabólica. En el caso que dio lugar a la queja de referencia nos pareció totalmente improcedente la alusión de la Administración Autonómica a la profesionalidad del facultativo y no nos pareció adecuado que la simple ruptura de la confianza “médico-paciente” sea suficiente para que un profesional de la sanidad pública pueda dejar de atender a un ciudadano. Por todo ello y dado que no quedó acreditada la existencia de procedimiento investigador alguno (en la mayoría de los casos la Administración sanitaria se limita a pedir un escueto informe al profesional a quien le basta con negar los hechos), instamos a la Consejería de Sanidad para que se iniciase tal investigación promoviendo un trámite de información reservada sobre la actuación del especialista a fin de decidir la pertinencia de iniciar un procedimiento sancionador dándole conocimiento a la interesada del inicio y finalización del procedimiento en caso de que éste tuviera lugar. Como ya hemos expuesto, la Administración sanitaria no estimó oportuno aceptar nuestra resolución.

En el expediente **Q/1682/06** se trataron tres temas principalmente si bien, una primera aproximación a la queja nos hizo incardinarla en el ámbito de la práctica profesional. Las cuestiones a tratar fueron: la relativa a la práctica profesional, esto es, si la asistencia desde el punto de vista médico fue o no correcta; en segundo lugar si el trato recibido por el



paciente fue adecuado y, más concretamente, si lo fueron los términos del escrito remitido a éste con fecha 12 de septiembre de 2006 y, por último, el tema del consentimiento informado y el derecho de información del usuario de la sanidad pública. Respecto a la primera de las cuestiones pusimos de manifiesto la falta de conocimientos de la Institución en orden a valorar la pertinencia del tratamiento dispensado y su adecuación a la *lex artis*. En cuanto al segundo punto, pusimos de manifiesto ante la Consejería de Sanidad la estrecha conexión entre el derecho del paciente a ser tratado de modo humano, amable y comprensivo con su dignidad no sólo como persona sino también como usuario del sistema sanitario público y la positivización de los derechos de los pacientes tanto en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud como en la Ley 14/1986, General de Sanidad. Estos derechos nos parecieron conculcados por la Administración sanitaria en la carta dirigida al paciente que entendimos tenía un contenido y unos términos absolutamente inapropiados. Tratamos, en último lugar, el tema del consentimiento informado observando la vulneración de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 8/2003 citada. El citado precepto establece la necesidad de que el documento sea específico para cada supuesto y se plasmen en él una serie de datos identificadores tales como el facultativo, la finalidad, naturaleza, contraindicaciones o alternativas existentes al tratamiento. El documento obrante en el expediente de referencia carecía de la identificación del facultativo (el primer apellido era prácticamente ilegible no constando ni el segundo ni el nombre de pila), tampoco aparecían los posibles riesgos o complicaciones particularizados para cada paciente y, en términos generales, el documento tenía un carácter absolutamente genérico sin particularización para el caso concreto. A tal efecto hicimos un examen jurisprudencial de la cuestión y manifestamos la improcedencia del largo lapso de tiempo transcurrido entre el otorgamiento del consentimiento y la realización de la intervención quirúrgica. Y ello por cuanto si bien la ley no establece un lapso de tiempo para su otorgamiento, lo cierto es que la naturaleza del documento determina la necesidad de que sea lo más cercano en el tiempo a la intervención a fin de instruir al paciente de los riesgos y circunstancias concurrentes en su tratamiento teniendo en cuenta el historial clínico y las peculiaridades de su caso. En consecuencia, entendimos que podían concurrir los requisitos para iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial usando el criterio general compartido por la doctrina y la jurisprudencia de que el cumplimiento de los derechos de los pacientes a ser informados constituye una manifestación más de la *lex artis* o diligencia profesional exigible. Por ello instamos a la Consejería de Sanidad a fin de que por el órgano competente se acordase la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial por infracción de la *lex artis* al no haber otorgado el paciente un documento de consentimiento informado con todas las garantías. La Administración sanitaria no ha estimado oportuno aceptar nuestra resolución y así se lo hicimos saber al ciudadano.



1.4. Reintegro de gastos

Aludiremos en este apartado a tres expedientes. El primero de ellos, con el número de referencia **Q/2411/06**, tenía por objeto la denegación de reintegro de gastos ocasionados como consecuencia del transporte sanitario de un paciente desde el Hospital de Cruces a la localidad de Quintanilla del Rebollar. La resolución notificada al ciudadano tenía como fundamento la circunstancia de que "el traslado se realizó desde un hospital distinto del de referencia dado que a Quintanilla del Rebollar le corresponde el Hospital General Yagüe de Burgos". Ante tal argumentación el paciente formuló reclamación previa a la vía laboral indicando que, a pesar de lo expuesto por la Gerencia, el Hospital de referencia para quienes residen en la precitada localidad es el Hospital de Cruces. Dicha reclamación fue objeto de desestimación sobre la base de que si bien era cierto que los vecinos de la referida localidad tenían sus especialistas en Bilbao (lo que suponía el reconocimiento implícito de la argumentación del recurrente), el regreso se había producido a una localidad (Medina de Pomar) en la que no tenía el paciente su domicilio habitual y a la que las ambulancias concertadas no podían trasladarse sin autorización previa de Sacyl añadiendo que se ratificaba la resolución impugnada puesto que no se aportaban datos ni documentos nuevos que modificasen la Resolución de la Gerencia. Por consiguiente llegamos a la conclusión de que los criterios en virtud de los cuales se desestimó la reclamación administrativa previa eran diametralmente opuestos a los expuestos en la resolución impugnada y, lo que era aún más grave, no se había dado al interesado el trámite oportuno para articular su defensa fuera de la sede jurisdiccional. Como consecuencia de todos estos extremos entendimos que se había producido un cambio de objeto y de argumentación en la resolución mediante la introducción de unos hechos nuevos contra los que el paciente no pudo defenderse dado que le fue remitida una "carta-modelo" que no reunía los requisitos del art. 54 de la Ley 30/1992, de 26 noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común ni se habían cumplido las previsiones del artículo 89.1.2 del citado texto legal en orden a la aparición de cuestiones conexas dentro del procedimiento. Por todo ello concluimos la existencia de un acto nulo de pleno derecho a cuyo efecto se debía proceder a su anulación por la vía del art. 105 de la citada Ley 30/1992 llegando en última instancia a estimar la pretensión del ciudadano. La Administración sanitaria estimó oportuno iniciar un procedimiento de revocación de la resolución si bien puso en nuestro conocimiento que no podía garantizar la estimación propuesta puesto que esta cuestión sería tratada en el seno del procedimiento a tramitar. Estos extremos fueron puestos en conocimiento del ciudadano.

La queja **Q/370/07** tenía como objeto la disconformidad con el tratamiento prescrito y con el trato dispensado al paciente así como con la denegación de la derivación del mismo a la Clínica Universitaria de Navarra y el consiguiente reintegro de los gastos médicos



ocasionados. Solicitada información de la Administración sanitaria ésta reconoció la pérdida del historial médico y los resultados de las pruebas practicadas en el año 2000 así como que las pesquisas en orden a su localización y recuperación habían sido infructuosas. Asimismo se hizo una descripción detallada de los tratamientos dispensados al paciente concluyendo que éste era correcto como podía inferirse del examen de la documentación remitida y de las pruebas practicadas. En cuanto al trato recibido por parte del personal del Hospital Clínico de Valladolid y, más concretamente de un facultativo que presuntamente se negó a prestar asistencia al enfermo, la Gerencia en su informe negó tal posibilidad manifestando asimismo a esta Institución que no le constaba la presentación por parte del paciente de ciertos escritos de reclamación que no habían obtenido respuesta. Tras la recepción de este informe llegó a nuestro conocimiento que al paciente se le había denegado el acceso a su expediente y la entrega de ciertos informes médicos porque su reclamación *"estaba en trámites con el Procurador del Común"* (sic). La respuesta, de todo punto improcedente, hizo que nos viéramos en la obligación de manifestar nuestro malestar a la Consejería puesto que no puede obstaculizarse el acceso del paciente a su propia documentación y menos so pretexto de la tramitación de un expediente ante nuestra Institución. Por ello entendimos que desde la Consejería debían darse las instrucciones oportunas a los Servicios de Atención al Paciente y, más concretamente, al del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, para que no volvieran a producirse situaciones como la descrita. En cuanto a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial solicitado por el autor de la queja, instamos a la Administración sanitaria para que se tramitase el mismo llevando a cabo un estudio integral de la problemática del paciente (incluido el perjuicio irrogado como consecuencia de la pérdida de las pruebas e informes médicos y la posible concurrencia de un error de diagnóstico) y por lo que respecta a la denegación de reintegro de gastos médicos por el tratamiento dispensado en la Clínica Universitaria de Navarra, si bien entendimos que no concurría irregularidad administrativa alguna puesto que el paciente no había formulado solicitud expresa de derivación al citado centro hospitalario, concluimos que, dado que el mismo había formulado una solicitud de inicio de procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria a cuyo efecto había incorporado las facturas puesto que entendía que el montante de las mismas formaba parte del perjuicio irrogado a su patrimonio, sería en el seno del citado procedimiento donde debía estimarse o desestimarse esa pretensión. Otros temas tratados en el expediente fueron la debida respuesta que debía darse a los escritos del ciudadano y la garantía de su derecho a la segunda opinión médica dado que durante la tramitación del expediente se ha aprobado la norma reguladora del mismo. En ese sentido fue requerida la Consejería para que dictase una resolución motivada garantizando el acceso del ciudadano a la citada segunda opinión y dotando a la misma de pie de recurso a diferencia de lo que ocurría con la anterior dictada por



la administración. En la fecha de cierre del informe estamos a la espera de una respuesta a esta resolución la cual se remitió el día 28 de diciembre de 2007.

1.5. Consultorios locales

El expediente **Q/15/06** ya fue tratado en el informe del año pasado y trae causa de otros anteriores (**Q/1971/04** y **Q/1518/05**). El objeto del mismo era la situación del Consultorio Médico de San Juan de la Mata cuya falta de funcionamiento se debía a que no podía ser legalizado dado que la instalación eléctrica no reunía las condiciones necesarias. Tras la tramitación del expediente se formuló una resolución en la que se instaba al Ayuntamiento de Arganza para que subsanase las deficiencias a fin de legalizar la obra así como a solicitar del Servicio Territorial de Sanidad de la Delegación de la Junta de Castilla y León en León la correspondiente autorización sanitaria de funcionamiento. Esta resolución, pese a ser aceptada por el Ayuntamiento, no se cumplió razón por la cual nos vimos en la necesidad de reabrir el expediente. Así, solicitada información tanto a la Consejería como al Ayuntamiento de Arganza, concluimos que el Ayuntamiento había incurrido en una evidente inactividad cuya consecuencia inmediata era la falta de funcionamiento del Consultorio local por falta de autorización. Por ello instamos a la Administración municipal para que, de modo inmediato y urgente, procediera a completar la solicitud con el fin de proceder a la apertura del consultorio a la mayor brevedad posible. Tras la remisión de la resolución, el Ayuntamiento de Arganza puso en nuestro conocimiento la concesión de la autorización remitiéndonos copia de la misma. De estos extremos fue cumplidamente informado el autor de la queja.

1.6. Atención primaria

Aludiremos en este apartado al expediente **Q/2398/06**. El origen del mismo fue un escrito presentado por un conjunto de ciudadanos respecto de la situación sanitaria en Soria. Valorado éste, se abrieron distintas quejas sobre el Servicio de Cardiología, Radiología, Servicio de Detección Precoz del Cáncer de Mama, el deficiente número de pediatras y de médicos de Atención Primaria así como el funcionamiento de los Servicios de Emergencias Sanitarias de Castilla y León en relación con la provincia de Soria. Los distintos expedientes corrieron distinta suerte siendo archivado por pronunciamiento anterior de la Institución el relativo a Emergencias Sanitarias, por inexistencia de irregularidad el relativo a la atención pediátrica así como los referidos a los Servicios de Detección Precoz del Cáncer de Mama y de Radiología del Complejo Asistencial de Soria. Continúa pendiente de resolución el que tiene por objeto el Servicio de Cardiología si bien recayó resolución en el expediente citado en el que se valoraba el insuficiente número de médicos de familia. Solicitada información en este último, la Administración sanitaria nos indicó el número de personas asignadas a cada facultativo de Atención primaria en las principales Zonas Básicas de Salud Urbanas de Soria así como las



medidas adoptadas por la Gerencia de Atención Primaria de Soria con el fin de redistribuir las cargas asistenciales. Se puso en nuestro conocimiento, asimismo, el contenido de la Resolución de 13 de julio de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León por la que se fija el cupo óptimo de personas asignadas a los facultativos de medicina de familia en las Zonas Básicas de Salud establecido en 1650 pudiendo llegar a un cupo máximo de 1980 personas asignadas. Examinada la normativa aplicable y la documentación obrante en esta Institución llegamos a la conclusión de que, dado que el número de pacientes asignados a cada facultativo no superaba en ningún caso las dos mil personas, no podíamos hablar de irregularidad administrativa si bien lo cierto es que la ratio expuesta en la información facilitada se acercaba más en la mayoría de los casos al umbral de los dos mil que al de los mil quinientos. Y ello pese a que ya en el año 2005 el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad anunció la incorporación de médicos y enfermeras en el año 2006 con la pretensión de rebajar el cupo urbano hasta el entorno de las 1550 personas/médico de familia. Por todo ello y pese a que en puridad entendimos que no podía hablarse de incumplimiento normativo, nos vimos en la necesidad de poner de manifiesto a la Administración sanitaria las preocupaciones de los castellanos y leoneses y, más concretamente, de los sorianos en relación con la atención primaria instando la adopción de las medidas oportunas, que contribuyan a la cobertura estable de los puestos de Médicos de Atención Primaria incrementándose su número para mejorar sus condiciones laborales y, de ese modo, mejorar también la asistencia de los usuarios. Esta resolución fue aceptada por la Administración sanitaria.

1.7. Diagnóstico y tratamiento de diversas patologías

1.7.1. Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad

Nos centraremos en este apartado en tres expedientes.

En el primero de ellos, **Q/103/07**, se exponía la situación de una pareja que, ante la imposibilidad de la mujer para quedarse embarazada, decidió inscribirse en la lista de espera correspondiente para iniciar el procedimiento de fecundación in vitro. Valorando la edad de la futura madre y otras circunstancias como su situación socioeconómica así como el tiempo aproximado de lista de espera, acudieron a la medicina privada en tres ocasiones (una de ellas en Madrid) si bien nunca renunciaron a su derechos en la lista de espera de la medicina pública. Posteriormente y, con el ánimo de dar la mayor cantidad de datos posibles en el procedimiento de fecundación in vitro, la pareja expuso que habían sido sometidos a tres tratamientos en la medicina privada por lo que la Unidad de Reproducción Asistida entendió que habiendo superado los límites de tratamiento por paciente según los criterios consensuados en la materia, su petición sería denegada. Presentada reclamación por estos hechos ante el Gerente de Salud de Área de León fue remitida a los interesados copia del informe del Jefe de la Unidad

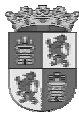


de Reproducción del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el que se llegaba a la conclusión de que no procedía la aplicación del tratamiento con base en los criterios citados y en la "razonable posibilidad de éxito" de la Ley de Reproducción Asistida. Tras la exposición de estos hechos solicitamos información a la Consejería de Sanidad quien nos remitió informe en el que se hacía constar que los criterios que actualmente sigue la Gerencia Regional de Salud para la inclusión de pacientes en el programa de reproducción humana asistida (elaborados en 2004) se basan en los establecidos en 2002 por el grupo de expertos del Sistema Nacional de Salud, que son compartidos por la gran mayoría de los centros públicos españoles. Este protocolo establece un límite máximo de tres ciclos de tratamiento de FIV o ICSI con transferencia embrionaria, con la posibilidad de un cuarto ciclo si se justificase la posibilidad de un resultado favorable mediante cambio de técnica y considera como válidos tantos los ciclos realizados en unidades públicas como privadas, siempre que estén debidamente acreditados. Examinada la cuestión y la normativa aplicable (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario en sus artículos 8, 20 y Disposición Transitoria Única; artículo 2.1 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y punto 3.5 b) del Anexo I del citado texto legal) así como el fondo del asunto, llegamos a la conclusión de que se debía reponer a la pareja en cuestión al lugar que ocupaba en la lista de espera y, en consecuencia llevarse a cabo los trámites y pruebas oportunos para la realización del ciclo de FIV si su estado de salud lo permitía. Esta resolución, que fue rechazada por la Administración sanitaria, tenía como base la exégesis del documento elaborado por el "Grupo de Interés de Centros de Reproducción Humana del Sistema Nacional de Salud". El estudio de este documento nos hizo señalar en la resolución que si bien los recursos de la sanidad pública tienen un carácter limitado y la curva de probabilidad acumulada de embarazo tiende a hacerse plana a partir del tercero, lo cierto era que en el caso que nos ocupaba, la paciente podía entender que había visto limitado su acceso frente a otras personas que únicamente habían acudido a la sanidad pública. El segundo de nuestros argumentos era la propia dicción literal del documento citado en el que se señalaba que si bien los criterios utilizados eran de origen científico, tienen "escasa consistencia" (sic) para restringir el número de ciclos de tratamiento así como cierta doctrina jurisprudencial en la que se señala la obligación de la sanidad pública dado que la normativa reguladora no establece límites ni temporales ni en el número de ciclos.

Nos referiremos ahora al expediente **Q/215/07**. Esta queja podría estar también incluida en el apartado relativo al reintegro de gastos médicos pero hemos estimado más oportuno incardinarlo aquí porque en la resolución dictada instamos a la Consejería de Sanidad no sólo a reconocer el derecho de los interesados al reintegro de gastos médicos sino a la implantación del tratamiento del llamado Diagnóstico Genético Preimplantacional regulando el



mismo y designando una Unidad al efecto en cualquiera de los Hospitales pendientes de Sacyl para su realización, en cumplimiento del principio de igualdad que debe regir las relaciones entre los ciudadanos de todo el territorio nacional. Los autores de la queja pedían el reintegro de los gastos ocasionados como consecuencia de haberse sometido al citado tratamiento en el IVI de Valencia puesto que trataban de evitar transmitir a su futuro hijo una enfermedad degenerativa de la que eran portadores y por cuya causa habían perdido recientemente a una hija de siete años de edad. Solicitada información, se remitió por la Administración autonómica escrito en el que se hacía constar la denegación de la solicitud así como la desestimación de la reclamación administrativa previa tomando como base argumental la circunstancia de que el tratamiento de Diagnóstico Genético Preimplantacional no está previsto en las prestaciones del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud ni, por consiguiente, en la de Sacyl. Con posterioridad a la recepción del informe tuvo entrada en nuestra Institución copia de cierta documentación enviada a los interesados quienes, además de las resoluciones denegatorias de su pretensión, recibieron un oficio en el que se les instaba a enviar un escrito en el que solicitasen, por un lado, tener por interpuesta una reclamación previa contra la resolución denegatoria recaída en el expediente de gastos y, por otro, un nuevo diagnóstico preimplantacional de embriones seleccionados. El citado escrito no reflejaba cual era su naturaleza jurídica y carecía, asimismo, de pie de recurso o contenido análogo. Posteriormente los interesados vieron desestimada nuevamente su pretensión. A la vista de todos estos extremos entendimos que concurrían irregularidades en la actuación administrativa dada la indefensión en que se había colocado a los interesados así como la posible vulneración del principio de igualdad por no existir la garantía de un tratamiento homogéneo en todo el territorio nacional para quienes presentan la misma o análoga problemática. En cuanto al primero de estos aspectos dado que las respuestas ofrecidas por la Administración sanitaria eran simples modelos-tipo cuya comprensión resulta muy difícil a los ciudadanos y dado que incluso en alguno de los escritos remitidos ni siquiera quedaba claro cual era la causa de la denegación. A mayor abundamiento, la motivación que se dio al particular no respondía a la remitida a esta Procuraduría y, por otra parte, no quedaba clara la finalidad del último escrito remitido a los particulares en el que se les instaba a formular una nueva solicitud. Por lo que respecta al fondo del asunto y a la denegación con base en la inexistencia del tratamiento en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y por ende de Sacyl, puntualizamos que, a diferencia de lo que parecía inferirse del escrito de la Administración sanitaria, el hecho de que un tratamiento no esté recogido en la cartera nacional no impide que pueda regularse por la normativa autonómica (así ocurre en Andalucía y la Comunidad Valenciana). Asimismo, tuvimos conocimiento de la existencia un informe publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estimaba necesario conceptuar el diagnóstico genético preimplantacional



como una "opción para reducir al máximo la probabilidad de iniciar gestaciones de fetos afectados en parejas que presentan riesgos elevados de transmitir anomalías genéticas severas". Por todo ello, y con fundamento asimismo en cierta doctrina jurisprudencial, se formuló una resolución en orden no sólo a que se estimara la pretensión de los interesados sino a que se dieran instrucciones para que no se enviaran escritos-modelo por parte de la Administración sanitaria y para que se valorase la implantación del citado Diagnóstico Genético Preimplantacional regulando el mismo y designando una Unidad al efecto en cualquiera de los Hospitales dependientes de Sacyl para su realización. En la fecha de cierre del presente informe la resolución no ha obtenido respuesta.

Nos referiremos por último en este apartado al expediente **Q/2331/06** en el que procedimos a distinguir dos aspectos: la cuestión de fondo (relativa a la procedencia o improcedencia de la denegación del tratamiento de fertilidad de la solicitante dado que había superado la edad límite establecida para las técnicas de reproducción asistida) y la debida tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial iniciado a instancia de su cónyuge. En cuanto al primero de los supuestos entendimos que la actuación de la Administración había sido adecuada dado que los requisitos establecidos para el sometimiento a un tratamiento de fertilidad o bien no concurrían o lo hacían de modo dudoso puesto que la paciente superaba los cuarenta años, evidenciaba una escasa reserva ovárica, concurrían contraindicaciones que habían propiciado la suspensión de un tratamiento anterior y se trataba de una infertilidad secundaria. Por otra parte entendimos que, del examen del expediente, no resultaba clara la posible concurrencia de un daño que propiciase la posible exigencia de una responsabilidad patrimonial si bien el expediente se tramitó con excesiva dilación (la solicitud de inicio databa de 5 de octubre de 2004 y la propuesta de resolución de 19 de abril de 2007) superando con creces el plazo de seis meses legalmente previsto para dictar resolución expresa y notificarla. Por todo ello instamos a la Administración autonómica a dictar resolución en el expediente de referencia en el plazo más breve posible y a tomar las medidas adecuadas para, en lo sucesivo, evitar situaciones como la descrita. La Consejería estimó oportuno aceptar nuestra resolución.

1.7.2. VIH

En esta materia se presentaron distintas quejas si bien únicamente se formuló resolución en el expediente **Q/2280/06**. El objeto de la misma era la necesidad de llevar a cabo reconstrucciones faciales en quienes sufren el llamado síndrome de lipodistrofia facial. Esta dolencia afecta a quienes son tratados con fármacos que producen efectos iatrogénicos, entre ellos los retrovirales y se manifiesta como una pérdida de masa facial que evidencia la presencia del VIH en quienes la padecen. Solicitada información, la Consejería puso en nuestro conocimiento que el citado procedimiento no se encuentra incluido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y que el estudio del citado tratamiento es uno de los



temas propuestos para ser investigados por el Instituto de Salud Carlos III dentro del marco del Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud. Una vez más hicimos saber a la Administración autonómica que el hecho de que una técnica, tecnología o procedimiento no esté contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, no obsta para que las Administraciones Autonómicas puedan incorporarlos así como la circunstancia de que existen otras Comunidades Autónomas que ya disponen de este tratamiento en sus carteras de servicios. Por todo ello, instamos a la Consejería de Sanidad a incorporar el citado tratamiento en la cartera de servicios que está todavía por elaborar así como a buscar, mientras tanto, la forma de proporcionar el citado tratamiento dentro de los ofertados por Sacyl en la relación de especialidades médicas de la Comunidad de Castilla y León. La Administración autonómica no estimó oportuno aceptar nuestra resolución.

1.7.3. Enfermedad de Pompe

Veremos ahora el contenido de dos expedientes que si bien fueron archivados por solución en tramitación, requirieron nuestra intervención. Fueron las quejas **Q/576/07** y **577/07**. En ellas se ponía en nuestro conocimiento la situación de dos hermanos afectados por la llamada "enfermedad de Pompe" quienes requerían un tratamiento farmacológico que venían solicitando desde septiembre de 2006 si bien las quejas fueron presentadas en abril de 2007. Los citados pacientes formularon su solicitud sin obtener respuesta alguna del Hospital del Bierzo ante lo cual en marzo de 2007 presentaron una hoja de reclamación. A tal efecto, y en fecha 15 de marzo de 2007, el Gerente de Atención Especializada de Ponferrada remitió escrito a aquellos haciéndoles saber que se estaba valorando la eficacia y seguridad del tratamiento así como las dosis pertinentes y que sería la Comisión de Farmacia del Hospital del Bierzo quien, en última instancia, decidiría la cuestión. Pedida información, la Consejería nos informó de la baja prevalencia de la enfermedad así como de la circunstancia de que se desconocía cuál era la pauta seguida en otras Comunidades Autónomas. Tras requerir tres veces a la Consejería de Sanidad, ésta puso en nuestro conocimiento el cauce procedimental para solicitar la autorización de la medicación requerida señalando también dudas sobre la efectividad del tratamiento. Dado que la información no nos permitía resolver el procedimiento solicitamos ampliación de ésta el día 24 de septiembre de 2007 instando se nos remitiera copia del informe de la Comisión de Farmacia, así como el régimen de funcionamiento de dicha Comisión (periodicidad de sus reuniones, etc.), y razones por las que se dilataba tanto el estudio de la cuestión. Nuevamente, tras tres requerimientos, la Consejería puso en nuestro conocimiento en fecha 19 de diciembre de 2007 que el tratamiento se llevaba dispensando a los pacientes desde el día 20 de octubre de 2007.

**1.7.4. Tratamiento de oftalmología tiroidea aguda (Enfermedad de Graves Basedow)**

El motivo de la queja **Q/788/06** era la denegación por parte de la Gerencia de Salud de Área de Zamora de la autorización oportuna para que su autor fuera derivado al Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada de Valladolid. El paciente había sido diagnosticado de oftalmopatía tiroidea aguda con un importante empeoramiento en el mes anterior a la consulta del Servicio de Oftalmología del Hospital Virgen de la Concha de Zamora. Ante la rápida evolución de la enfermedad, se le derivó al Hospital de Río Hortega de Valladolid donde fue valorado en el Servicio de Cirugía Maxilofacial momento en el cual se le informó de que la mejor opción para su dolencia era una intervención quirúrgica consistente en practicar una incisión en la cabeza, bajar la piel de la cara hasta llegar al ojo y, desde allí, ensanchar el hueco que rodea el órgano citado y reducir la opresión. Ante el temor que le causaba la descripción del tratamiento descrito, el paciente acudió al Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada (en adelante IOBA) donde le propusieron una intervención quirúrgica consistente en una pequeña incisión (de 3 a 5 mm) en la parte lateral exterior del ojo para proceder desde allí a una descompresión orbitaria. Tras comparar ambas alternativas el paciente decidió solicitar autorización para ser derivado al IOBA que fue denegada dado que estaba siendo valorado en un centro derivado de Sacyl y puesto que, según el escrito remitido, no quedaba debidamente acreditado que concurrieran causas clínicas que le impidieran prestarle asistencia dentro de la sanidad pública. La comunicación carecía de forma de resolución y del correspondiente pie de recurso.

Solicitada información sobre la cuestión, del informe remitido por la Consejería resultaba que el sistema sanitario de Castilla y León carece de medios personales (es decir especialistas en órbita) para llevar a cabo la citada intervención si bien, como acertadamente señalaba la Consejería en su informe, el abordaje de la enfermedad también requería, además, la participación de especialistas de otros ámbitos hospitalarios.

Teniendo en cuenta lo relatado en la queja, lo acreditado con la documentación acompañada a la misma y los informes de la Administración, consideramos necesario hacer una serie de consideraciones jurídicas. En primer lugar y, respecto a la inexistencia de unidades de Órbita y Oculoplástica, expusimos que, pese a lo expresado por la Consejería de Sanidad en el punto primero de su informe, existen centros públicos en otras Comunidades Autónomas donde se han creado las citadas unidades. Así el Hospital de Cruces de Bilbao, el Hospital Provincial de Castellón, el Hospital Vall d'Hebron o el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela cuentan con unidades o secciones especializadas en la materia. Por consiguiente, no nos pareció demasiado acertada la alusión en la información remitida a la inexistencia de título de médico especialista en el RD 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista. En segundo lugar,



expusimos el ya tratado tema de la inexistencia de cartera de servicios en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, cuestión esta que ya venimos reiterando desde hace algunos años. Señalamos asimismo que en la información remitida por la Consejería no se clarificaba qué técnica presentaba menos riesgo dado que el especialista en cirugía maxilofacial del Hospital Río Hortega señalaba que no tenía suficiente información para valorar la procedencia del método utilizado por el IOBA. Concluyendo que quedaba fuera de toda duda que el tratamiento realizado por un especialista en órbita y oculoplástica debía ser, como mínimo, más específico que el ofertado por un centro hospitalario que carecía de tal especialidad. Por ello nos pareció acertado indicar a la Administración de la Comunidad Autónoma la necesidad de crear servicios o unidades especializadas en órbita dado el importante número de pacientes que podrían requerir sus servicios y para acomodar la situación de la sanidad castellana y leonesa a la del resto del país. La resolución instaba asimismo a la Administración sanitaria a estudiar exhaustivamente el caso concreto a fin de valorar qué tratamiento era más adecuado y, en el caso de que el propuesto por el centro privado tuviera más garantías de éxito, a autorizar de modo inmediato la derivación del paciente a éste.

Por último, pusimos de manifiesto la indefensión causada al interesado al remitir un escrito que carecía de forma de resolución y que no concedía recurso alguno (ni administrativo ni jurisdiccional) lo que conllevaba la necesidad de dictar una resolución al efecto con todos los requisitos legalmente establecidos dando instrucciones al efecto para que, en lo sucesivo, no se repitiesen situaciones como la descrita.

La Administración autonómica no estimó oportuno aceptar nuestra resolución ni siquiera en este último punto argumentando que el paciente no había formulado una solicitud.

1.8. Varios

Incluiremos en este apartado expedientes de muy distinta naturaleza.

En la queja **Q/623/07** se exponía la situación de un estudiante universitario residente en nuestra Comunidad procedente de Galicia quien, aquejado de un fuerte proceso gripal, acudió al Centro de Salud de La Palomera en León donde, como requisito esencial para poder ser atendido, le requirieron la tarjeta sanitaria de Sacyl instándole a darse de baja en la del Sergas. El particular, tras mantener una discusión con el personal del centro, fue finalmente atendido si bien puso en nuestro conocimiento su malestar por el trato dispensado. La Consejería de Sanidad nos remitió el informe solicitado expresando que, efectivamente, la información ofrecida al paciente fue incorrecta e indicándonos el procedimiento a seguir para el tratamiento de personas desplazadas a nuestra Comunidad Autónoma. Como consecuencia de todo ello instamos a la Administración sanitaria a adoptar las medidas necesarias para evitar situaciones como la descrita y a otorgar al paciente autor de la queja una cartilla de desplazado



en el caso de que aún no se hubiera hecho. Esta resolución que data de 12 de diciembre de 2007 fue aceptada con posterioridad a la fecha de cierre del informe.

En el expediente **Q/1354/06** se hacía alusión a los peligros para la salud y a los daños causados por las palomas que habitan un inmueble situado en la localidad de Miranda de Ebro, así como a la ausencia de adopción de medidas al respecto por el Ayuntamiento. Tras requerir información a la Administración municipal, ésta puso en nuestro conocimiento un resumen de las actuaciones municipales llevadas a cabo de las que pudimos deducir un deficiente ejercicio de las competencias urbanísticas en orden a garantizar el deber de conservación de los propietarios de los inmuebles. Por otra parte se había interpuesto un recurso de reposición por parte de la propiedad que no había sido resuelto; es más, ni siquiera había sido tramitado debidamente puesto que, presuntamente, se había interpuesto en representación de la misma sin que quedase acreditado tal extremo. En cuanto a la perspectiva urbanística, la Orden de Ejecución dictada no cumplía los requisitos establecidos en el artículo 320 del Decreto 22/2004, de 29 de enero. De la información remitida por los autores de la queja resultaba, asimismo, la existencia de múltiples informes dimanantes tanto de organismos públicos como privados que constataban el deplorable estado del inmueble sin que el Ayuntamiento ejerciere las competencias atribuidas legalmente para garantizar que por parte de los propietarios de inmuebles se dé cumplimiento a su obligación de conservar los mismos. Por todo ello, se formuló una resolución instando al Ayuntamiento a dar el trámite oportuno al recurso de reposición requiriendo a su firmante para que acreditase la representación invocada, a girar visita de inspección al inmueble emitiendo informe sobre la seguridad, salubridad y ornato público, dictando al efecto la declaración de ruina o las órdenes de ejecución necesarias y, en definitiva, adoptando las medidas necesarias para mantener el edificio en condiciones de seguridad, salubridad y ornato. Esta resolución fue aceptada por el Ayuntamiento si bien los vecinos, en fechas recientes, han puesto en nuestro conocimiento que la situación, lejos de solucionarse, sigue en las mismas condiciones.

La queja **Q/1162/07** reflejaba una preocupación ciudadana que se ha hecho muy popular en los últimos tiempos. Es la referida a la recogida de sangre del cordón umbilical y su conservación en bancos al efecto para el tratamiento de futuras enfermedades. Solicitada información sobre la cuestión, la Administración sanitaria puso en nuestro conocimiento no sólo el importante auge de las solicitudes en los últimos años y la regulación de la cuestión en el RD 1301/2006, sino el trabajo de la Gerencia Regional de Salud en orden a la elaboración de un borrador de Plan Regional de Donación de Cordón Umbilical y a la celebración de un pacto transitorio con alguna de nuestras Comunidades Autónomas vecinas para el almacenamiento de unidades generadas en Castilla y León. A la vista de esta información examinamos la problemática descrita en la queja desde dos perspectivas: la normativa y la práctica diaria de



quienes hasta que no se desarrolle la primera deseen conservar la sangre del cordón umbilical de sus hijos en bancos al efecto ya sean éstos públicos o privados. Desde el punto de vista normativo aludimos tanto a la normativa europea como a la estatal así como al Plan Nacional de Cordón Umbilical de enero de 2007 y a la existencia de maternidades asociadas a los bancos públicos que funcionan en España. Por todo ello, instamos a la Consejería de Sanidad a:

“Primera.- Agilizar los trámites en orden no sólo al establecimiento de convenios con Comunidades Autónomas vecinas para la conservación en sus BSCU sino para la autorización de maternidades en Castilla y León donde se permita la extracción de sangre de cordón umbilical conforme a los protocolos establecidos por la propia Organización Nacional de Trasplantes.

Segunda.- De forma transitoria y mientras se toman todas estas medidas dar soluciones puntuales a los castellanos y leoneses que, en ejercicio de los derechos que el Real Decreto 1301/2006 confiere a todos los españoles cualquiera que sea la Comunidad Autónoma a la que pertenezcan, deseen conservar la sangre del cordón umbilical de sus hijos con el fin de hacer donaciones tanto alogénicas (cuando el receptor no es el mismo donante) como autólogas (cuando receptor y donante son la misma persona).

Tercera.- Agilizar en la medida de lo posible la elaboración del Plan Regional de Donación de Cordón Umbilical”.

Esta resolución fue aceptada parcialmente si bien después de la fecha de cierre de este informe, más concretamente el día 1 de febrero de 2008, se publicó en el *BOCYL* la ORDEN SAN/118/2008, de 18 de enero, por la que se concedía autorización sanitaria de funcionamiento a la Unidad para la extracción de células del Cordón Umbilical del Hospital Universitario Pío del Río Hortega, de Valladolid.

En estrecha conexión con el apartado 7.1 de este informe se encuentra la queja **Q/2517/06** que hemos decidido exponer aquí por razones de sistemática dado que pese a que el tratamiento dispensado a la paciente era de fertilidad, el fondo del asunto se refiere a la necesaria organización de los servicios en los Hospitales de nuestra Comunidad y, más concretamente, en período vacacional.

El motivo de la queja era la suspensión de un tratamiento de fertilidad en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el período estival y navideño. Admitida a trámite la misma y solicitada información, se puso en conocimiento de nuestra Institución no sólo la composición de la Unidad de Reproducción Asistida sino la circunstancia de que el establecimiento de los turnos se organizaba de modo eficiente para mantener “la mayoría” de las modalidades de tratamiento que se llevan a cabo, concluyendo la buena voluntad de la



Unidad para que *“la mayor parte”* de la actividad básica de la misma se mantuviera ininterrumpida a lo largo de todo el año. Entendimos, sin embargo, que esta manifestación contradecía lo dispuesto en las normas legales reguladoras de las vacaciones, permisos y licencias del personal al servicio de la Comunidad de Castilla y León. Así, el art. 58 de la Ley 7/2005, de 24 de mayo, de la Función Pública de Castilla y León establece el indudable derecho de los funcionarios al disfrute de vacaciones anuales retribuidas. El desarrollo de esta norma, al no haberse producido con posterioridad a su promulgación, se encuentra en el Decreto 210/2000, de 11 de octubre, sobre vacaciones, permisos y licencias del personal al servicio de la Administración de la Comunidad de Castilla y León en cuyo art. 3.3 se dispone la necesidad de que *“en cada órgano o unidad administrativa competente, vistas las solicitudes que vaya presentando el personal adscrito a la misma, se autorizará y confeccionará un calendario de disfrute de los períodos vacacionales garantizando, en todo caso, el normal funcionamiento de los servicios”*. Citamos asimismo el Acuerdo 38/2004, de 25 de marzo, de la Junta de Castilla y León, por el que se ratifica el pacto suscrito sobre el régimen de vacaciones y permisos del personal estatutario que presta servicios en las Instituciones sanitarias dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, con las organizaciones sindicales representadas en la Mesa Sectorial del Personal Sanitario, que contiene una previsión semejante.

En definitiva, entendimos que la aplicación de la normativa vigente implica la necesaria garantía del normal funcionamiento de los servicios en los períodos vacacionales lo que, en puridad, no es lo mismo que el mantenimiento de la mayoría de los mismos en los términos descritos por el informe de la Consejería de Sanidad. Por ello concluimos que la interrupción de los tratamientos dos veces al año, en período estival y navideño, no suponía el mantenimiento del normal funcionamiento en los términos legalmente establecidos. Así pues aconsejamos la búsqueda de soluciones que cohonestasen ambos intereses llevando a cabo una adecuada planificación de los medios personales y materiales de la Gerencia Regional de Salud sin quebrantar los derechos de los usuarios del sistema sanitario público castellano y leonés. Esto nos hizo formular una resolución requiriendo a la Consejería en los términos antedichos llegando incluso, si fuera necesario, a ampliar la dotación de personal de la citada Unidad a fin de evitar situaciones como la que habían dado lugar a la presente queja. La Consejería no estimó oportuno estimar nuestra resolución dado que la dotación de personal se consideró adecuada para atender la demanda asistencial y puesto que entendió que no debe darse a la patología citada preferencia asistencial dado que no tiene carácter urgente y/o grave.

Nos referiremos por último a un expediente de suma importancia que si bien tuvo entrada en el año 2007 no ha sido objeto de resolución hasta 2008. A pesar de ello, hemos entendido que hemos de hacer referencia en este momento por su trascendencia y dado que tanto la queja como el informe tuvieron su entrada en nuestra Institución en el año a que se



refiere el presente informe. Se trata de la queja **Q/876/07** cuyo objeto era la deficiente situación del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid como consecuencia de la falta de personal. La cuestión ha tenido su eco en diversos medios de comunicación.

Según se nos manifestó, el citado Servicio estaba siendo atendido únicamente por dos facultativos como consecuencia de la baja de los otros dos que conforman el personal del servicio a pesar de que esta circunstancia ya fue anticipada y denunciada no sólo ante los responsables del Hospital sino también ante la propia Consejería. Esto conllevaba que el citado personal debiera realizar las guardias localizadas cada dos días con el evidente riesgo para los pacientes y para los propios facultativos. El autor de la queja ponía de manifiesto, asimismo, que la situación no era en modo alguno excepcional ni transitoria dado que el origen se encontraba en la solicitud de exención de realización de guardias de los dos facultativos que en ese momento se encontraban de baja y, entre otras circunstancias, en la falta de contratación de los residentes adscritos al servicio una vez finalizado su período de formación. Se nos indicaba asimismo la posible agravación de la situación si las dos personas que en ese momento prestaban servicio como residentes, fueran trasladadas a "servicios con más capacidad científico-técnica" lo que implicaría la retirada de la acreditación docente.

Pedida información a la Consejería de Sanidad esta puso en nuestro conocimiento distintos extremos entre los que se encontraba la evolución de la plantilla del Servicio de Neurocirugía desde 1998 así como los posibles cauces de solución del problema que pasaban por la incorporación de un nuevo especialista en julio de 2007 concluyendo, pese a lo expuesto y a la situación del servicio, que la contratación de los médicos residentes que en ese momento prestaban sus servicios en el Hospital sería valorada en su momento y en función de la actividad del servicio.

A la vista de lo informado entendimos la posible concurrencia de irregularidades y expusimos que la situación nos parecía preocupante no sólo desde la perspectiva de los facultativos sino, lo que es aún más grave, desde la de los pacientes puesto que entendíamos que podría ponerse en peligro la propia asistencia de aquellos y la calidad de ésta. Expusimos que no nos parecía adecuado que la plantilla del servicio no se hubiera modificado ni ampliado en diez años, ni se hubiera llevado a cabo (puesto que no nos habían informado en tal sentido) un estudio a raíz de la asunción de competencias en materia sanitaria. Dado que la cuestión del envejecimiento de las plantillas de neurocirujanos era una cuestión ya denunciada desde hace tiempo por la propia Sociedad Española de Neurocirugía (Senec), y que estas carencias y el necesario relevo generacional es un mal que aqueja a toda la sanidad española y que está obteniendo distintas respuestas, expresamos nuestra crítica a la Administración sanitaria autonómica quien entendimos debía haberse anticipado a una problemática como la expuesta



en la queja. Y señalamos esto porque ya desde el año 1999 esta cuestión viene siendo denunciada ante la Administración regional no sólo por el personal al servicio del Hospital Clínico Universitario sino por los propios sindicatos. Así, CSIF en el año 2006 ya puso de manifiesto la necesidad de cubrir dos plazas del citado servicio haciéndose eco de esta situación la prensa regional. Por todo ello censuramos a la Administración sanitaria su falta de previsión y propusimos una serie de medidas para dar una solución a la cuestión, concretamente formulamos una sugerencia en estos términos:

“Primera.- Que de forma urgente e inmediata se estudie en profundidad la cuestión relativa a la situación del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid buscando soluciones eficaces y definitivas a la problemática expuesta en la queja y que en todo caso habrán de pasar por garantizar los derechos de los facultativos que allí prestan sus servicios y una adecuada prestación de los mismos a los pacientes.

Segunda.- Que se valore la posibilidad de llevar a cabo una ampliación y cobertura total de la plantilla del citado servicio mediante la realización de una búsqueda activa y seria de profesionales.

Tercera.- Que se valore entre las posibles soluciones de la cuestión la propuesta por los autores de la queja en orden a una unificación funcional de los Servicios de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y del Hospital del Río Hortega, valorando los pros y contras de tal cuestión.

Cuarta.- Que hasta que se adopte una solución definitiva, se garanticen de forma eficaz los derechos de los facultativos del citado Servicio así como la adecuada tutela de la salud de los pacientes”.

Como ya hemos señalado esta sugerencia fue formulada después de la fecha de cierre de este informe y actualmente estamos a la espera de una respuesta a la misma.

2. CONSUMO

En el año 2007 han tenido entrada en nuestra Institución 54 quejas en materia de consumo. En la mayoría de los supuestos éstas tienen como signatarios asociaciones de consumidores si bien los ciudadanos también nos muestran su preocupación en la materia instando de la Institución medidas para cuya adopción carecemos de competencia como por ejemplo la sanción de las infracciones o la restitución del daño causado al consumidor o usuario.

A diferencia de lo ocurrido en el año pasado, en el 2007 recayeron cinco resoluciones en la materia si bien en la mayoría de los casos el común denominador de los expedientes es la



falta de respuesta o resolución de las Administraciones por lo que nuestra actuación se circunscribe a recordar a éstas su deber legal a tenor de lo dispuesto en los arts. 42 y ss de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Hemos de señalar asimismo que todas estas resoluciones han sido aceptadas. Este fue el caso de los expedientes **Q/502/06**, **Q/34/07** y, en cierta medida, lo ocurrido con la queja **Q/1216/06**.

En el último de los expedientes citados, el ciudadano manifestaba su desconcierto ante la deficiente información ofrecida por la Oficina de Consumo de la Diputación Provincial de León tras presentar en ésta una queja por unas deficiencias en una vivienda sita en el término municipal de Sariegos (León).

En atención a la petición de información se remitió informe en el cual se hacían constar las incidencias del expediente y copia del mismo del que resultó que si bien en cuanto al fondo del asunto la Diputación Provincial de León y, más concretamente, su Oficina de Consumo había actuado conforme a Derecho, la tramitación formal del expediente había sido deficiente puesto que no se había dado al particular la información adecuada. En efecto, pese a lo solicitado por el particular, las Oficinas de Consumo de las Diputaciones Provinciales carecen de competencia en materia sancionadora pero esto no justifica que actúen como meros "agentes notificadores" sin indicar al ciudadano que estas facultades conciernen a la Sección de Consumo del correspondiente Servicio Territorial de la Delegación de la Junta de Castilla y León. También se podía haber indicado la vía judicial como modo de ejercitar su derecho y, sin embargo el organismo provincial no lo hizo como tampoco informó al denunciante de que la interposición de la denuncia no implicaba en modo alguno el resarcimiento de los daños y perjuicios causados sino únicamente la posible imposición de una sanción a la empresa suministradora de la vivienda. Por ello se dictó resolución con el siguiente contenido:

"Primero.- Que en lo sucesivo y en orden a evitar situaciones como la que nos ocupa, se dé a la Oficina de Consumo de la Diputación las instrucciones precisas en orden a una debida información a los usuarios de la misma sobre las competencias que tiene atribuidas y aquellas sobre las que carece.

Segundo.- Se dé a la denuncia formulada la debida tramitación iniciando el expediente si se considera oportuno (con la pertinente remisión a la Sección de Consumo de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León, en León) o inadmitiendo la denuncia (dictando una resolución motivada al efecto) pero en todo caso informando al denunciante de las competencias conferidas a ese órgano y de las posibles vías de actuación que le asisten a tenor de lo dispuesto en el artículo 20.4.a) de la Ley 11/1998, de Consumidores y Usuarios de Castilla y León".



Por su parte el expediente **Q/427/07** tenía como objeto las presuntas irregularidades en la tramitación de un expediente sancionador en materia de consumo por parte de la Sección de Consumo de la Delegación Territorial de Ávila. Solicitada información y remitida copia del expediente por parte de la Administración autonómica, apreciamos una extrema laxitud en el transcurso de los plazos lo que desembocó, en última instancia, en la caducidad del expediente sancionador si bien en cuanto al fondo del asunto compartíamos el criterio de la Administración. Por todo ello, y dado que situaciones como la descrita desvirtúan la confianza que debe regir las relaciones entre Administración y administrado, instamos a la Consejería a iniciar nuevo procedimiento sancionador dado que la posible infracción no estaba prescrita, a dar conocimiento al denunciante de todas las actuaciones administrativas que debiera conocer por su propia condición así como a exigir las correspondientes responsabilidades en que se hubiera podido incurrir como consecuencia de la deficiente tramitación del expediente. Esta resolución fue aceptada por la Consejería.

Nos referiremos por último al expediente **Q/307/06** en el que recayó resolución si bien ésta, como en el resto de los casos descritos, tenía origen en irregularidades de carácter formal puesto que en cuanto al fondo del asunto hicimos nuestros los argumentos de la Consejería. El autor exponía que había interpuesto denuncia ante la Sección de Consumo del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Salamanca en fecha 11 de febrero de 2005 del que no había recibido respuesta. Solicitada información a la Consejería constaba la existencia de una información reservada de la que se había concluido que no procedía la iniciación de un procedimiento sancionador si bien de este extremo no se dio conocimiento al particular. Por ello emitimos una sugerencia a fin de que, en lo sucesivo y para evitar situaciones como la que dio lugar a la queja, se adoptasen las medidas oportunas en orden a una debida tramitación de las informaciones reservadas y, en consecuencia, para que las razones de la inadmisión quedasen oportunamente acreditadas en los expedientes, en el caso de que no procediera el inicio de un procedimiento sancionador.