

# 11 \_ SANIDAD

## 11 \_ SANIDAD

## ATENCIÓN PEDIÁTRICA

### RÉGIMEN DE GUARDIAS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA.

#### ANTECEDENTES:

Por parte de un médico del Hospital Reina Sofía de Tudela se formulaba una queja (**expte. 02/27/S**) sobre el régimen de guardias pediátricas que se sigue en el centro sanitario, con profusa utilización de las guardias localizadas frente a las de presencia física que considera necesarias para asegurar la calidad del servicio.

Nos informaba de que en todos los centros hospitalarios similares al de Tudela se prevé la presencia física simultánea de obstetras y pediatras de urgencia, de manera que queda cubierta la atención sanitaria a la madre y al niño recién nacido, constituyendo el Hospital «Reina Sofía» el único centro comarcal que, teniendo un obstetra de presencia física, no cuenta con un pediatra en situación equivalente. Señalaba que las demás urgencias de pediatría son cubiertas por médicos de familia, salvo en determinados casos en que son llamados los pediatras. Por ello, solicitaba que se ampliase la plantilla de pediatras o se buscasen las soluciones oportunas para subsanar este grave problema y poder atender debidamente las urgencias pediátricas y, en especial, las que se puedan producir con los recién nacidos en este centro sanitario, al ser el único hospital existente en el sur de Navarra y con una población en constante crecimiento. A estos efectos, aportaba una serie de parámetros que, a su juicio, deben ser el punto de partida para encontrar soluciones el problema.

Ante este planteamiento, interesaba conocer en que manera afectaba o podía afectar esta situación a la correcta atención que debe de garantizarse a quienes acuden al referido centro hospitalario, por lo que, se solicitó la correspondiente información al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

En la contestación recibida se nos manifestaba lo siguiente:

*«Las citadas urgencias pediátricas se han venido atendiendo de manera correcta y a plena satisfacción con el cuadro médico existente en el Servicio de Urgencias del Hospital y con el pediatra con guardia de localización. Las asistencias en el Servicio de Urgencias del Hospital a la población pediátrica en los últimos 18 meses arroja una media de 13,7 urgencias al día. La distribución horaria por turnos de trabajo es de 4,5 por la mañana (de 8 a 15 horas), 6,4 horas por la tarde (15 a 22 horas) y 2,7 horas por la noche (22 a 8 horas).*

*En la mayoría de los casos la patología que se atiende es banal y se resuelve por los médicos del Servicio de Urgencias.*

*Sólo en el 5,3% de los casos se llama al pediatra de guardia para consultar o requerir su presencia.*

*Con estas cifras, a finales del año pasado, tras estudiar la actividad tanto programada como urgente del servicio de pediatría, así como el número y horario de los pacientes pediátricos que acuden al Servicio de Urgencias y el número de llamadas al pediatra de guardia, se procedió a reorganizar la actividad del servicio de pediatría y a aumentar la plantilla de pediatras del hospital con un cuarto pediatra para realizar jornada de tarde y reducir las horas de guardia localizada a sólo la noche en horario de 21 a 8 horas.*

*Con esta modificación se han conseguido varias mejoras:*

- En primer lugar, se reordena el trabajo entre mas facultativos, abarcando un mayor período horario para su realización.*
- En segundo lugar, con ello se dispone de un pediatra en el hospital por las tardes, dado que con anterioridad el Servicio de Pediatría sólo tenía horario de mañana.*
- En tercer lugar, las urgencias pediátricas así como la asistencia a los recién nacidos, mejora en inmediatez al disponer de un pediatra por la tarde en el Servicio.*
- En cuarto lugar, se reduce la guardia de localización de pediatría de 17 a 11 horas de lunes a viernes, haciéndola coincidir con el horario de menor actividad en urgencias, con lo que disminuye la sobrecarga de trabajo y las horas de guardia de los pediatras.*

*Por lo tanto, la medida tomada es la que mejor compatibiliza el aumento de recursos del Servicio con la mejora de la atención pediátrica, lo que redundará en un aumento de la calidad en la atención dispensada».*

## **ANÁLISIS**

Una vez analizada dicha contestación y tras examinar la normativa que regula fundamentalmente el derecho de recibir asistencia sanitaria, consideramos oportuno realizar las siguientes consideraciones en relación con este caso.

En primer lugar es necesario destacar que el derecho a la salud constituye un derecho fundamental amparado en el artículo 43 de la Constitución Española. En base a este precepto compete a los poderes públicos organizar y tutelar el sistema de salud pública. La Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 32/1983, de 28 de abril, estableció una correlación entre el derecho a la protección a la salud conferido al ciudadano y las obligaciones para su satisfacción que recaerían sobre los poderes públicos, y que consistirían de modo muy particular en la obligación de mantener un sistema sanitario que garantice eficazmente las prestaciones sanitarias. Asimismo, la actividad sanitaria debe adecuarse a los principios de eficacia y eficiencia, de aplicación inexcusable en toda gestión de servicios prestados por las Administraciones Públicas.

Por lo que al caso se refiere, la decisión a adoptar sobre las urgencias pediátricas en el Hospital de Tudela debe respetar ambos principios: la solución no debe considerarse únicamente desde una perspectiva puramente económica, porque podría quedar vulnerado el principio de eficacia, y por ende la calidad asistencial, pero tampoco pueden desconocerse los costes, pues se trata de garantizar la mejor prestación del servicio con el menor gasto, esto es, de prestar de forma eficiente un servicio público.

A tales efectos, se han de tener en consideración datos puramente objetivos: las características de la población a la cual va destinado este servicio, su número y composición, cifras reales de urgencias atendidas en periodos anteriores, tipologías clínicas..., pues son datos cuyo conocimiento exacto habrá de servir de base para adoptar la solución mas correcta. También deben considerarse otros criterios técnico-médicos válidos en el modelo de desarrollo científico actual.

Todos estos parámetros objetivos junto a los estrictamente clínicos constituyen, en nuestra opinión, el punto de partida necesario para establecer el dimensionamiento de la plantilla y el régimen de guardias del Servicio de Pediatría del Hospital "Reina Sofía" de Tudela.

La información remitida por el Servicio Navarro de Salud señalaba que las urgencias pediátricas se atendían de manera correcta y a plena satisfacción con el cuadro médico existente mediante la atención de facultativos de urgencias del hospital, médicos de familia, y con un pediatra con guardia localizada durante las noches. También informaba de que se ha contratado un nuevo pediatra con objeto de realizar la jornada de tarde y reducir la guardia localizada de los pediatras exclusivamente a la noche.

Indicaba que, según un estudio elaborado sobre las asistencias pediátricas atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital «Reina Sofía» en el último año y medio, la atención media de urgencias pediátricas es de 13,7 urgencias diarias. De éstas, 4,51 corresponden al turno de mañana, 6,4 al de tarde y sólo 2,7 urgencias al de la noche. Del total de estas urgencias, en tan solo el 5,3 % de los casos ha sido necesaria la presencia del pediatra de guardia, ya que, en el resto de las ocasiones, la patología fue resuelta por los médicos de familia que atienden el Servicio de Urgencias.

Concluye el informe señalando que estas medidas han permitido el correcto funcionamiento del servicio con totales garantías.

Sin embargo, la información suministrada por el médico pediatra que plantea la queja ofrece datos bien distintos, pues nos indica lo siguiente:

- A) La contratación del nuevo pediatra a que se refiere el informe del Servicio Navarro de Salud tuvo lugar entre los meses de noviembre de 2001 a abril de 2002, pues la doctora [...], que fue la persona contratada al efecto, dejó de prestar sus servicios en esa última

fecha. En consecuencia, denuncia que no existe en la actualidad pediatra alguno permanente en el hospital durante las tardes.

- B) El número de niños menores de 15 años que acudió a urgencias durante el año 2002, es de 17,24 al día. De estos, 11,26 fueron atendidos fuera del horario de mañana. Los sábados y domingos y festivos se reciben entre 20 y 21 niños cada día. Todo ello según los datos extraídos de los servicios de admisión del propio Hospital.
- C) El número de partos totales durante la año 2002 fue de 769, de los cuales 214 fueron distócicos. La mayoría de los partos se produjeron fuera del horario de mañanas. Refiere el denunciante que la presencia del pediatra es ineludible en los partos distócicos, pero también en algunos eutócicos junto al obstetra cuando se presentan complicaciones con sufrimiento fetal.
- D) En el libro de avisos del Servicio de Pediatría del Hospital de Tudela consta que los pediatras que se encontraban de guardia localizada atendieron 1.398 avisos en el año 2002, de los que 674 fueron durante la jornada de mañanas y 724 fuera de ella. De éstos, hay 182 avisos nocturnos. Tales llamadas se produjeron en 294 días al año. Asimismo el número de avisos no se distribuye proporcionalmente durante todo el año sino que en los meses de verano suele disminuir, pero no así en los últimos meses del año 2002, en los que aumentan considerablemente. Así en el mes de diciembre los pediatras atendieron 103 avisos fuera del horario laboral.
- E) En la actualidad los fines de semana se cubren con pediatras en régimen de guardias de presencia física entre las 8 y las 20 horas a partir de julio de 2002, y el resto de la jornada con guardia localizada.
- F) Para cubrir las guardias localizadas y de presencia física se cuenta con dos pediatras del servicio, más cuatro contratados interinos asignados a los servicios de asistencia primaria, a los que se obliga a hacer guardias en el hospital, más otros dos facultativos a media jornada también temporales que garantizan la realización de una guardia más.

La primera conclusión que obtuvimos de la lectura de los datos aportados por el Servicio Navarro de Salud y por el reclamante es que existía una evidente contradicción de los parámetros expuestos por las partes. Algunas divergencias podían tener explicación en el hecho de los distintos periodos considerados en cada información. También parecía que los datos estaban extraídos de diferentes registros. Según nos decía el reclamante sus datos habían sido extraídos de los registros del Hospital y del propio Servicio de Pediatría. Sin embargo, hay otros datos, como la realidad de la contratación de un pediatra por las tardes, del que no alcanzábamos a comprender la divergencia pues parecía que al momento de tramitarse la queja ese refuerzo del servicio a las tardes era inexistente.

Asimismo, sobre la cuestión que se plantea en relación a si es necesaria la presencia de un pediatra en los partos complicados, nada se nos decía en el informe del Servicio Navarro de Salud, cuando el número de partos atendidos en el Hospital era bastante importante, como se deduce de los datos aportados. Tampoco se indica qué papel deben abordar los pediatras en colaboración con los obstetras en los partos que requieran su presencia. Por el contrario, se nos señala en la queja que a veces la presencia del pediatra resulta imprescindible en la atención de algunos partos en los que se producen ciertas emergencias que no admiten demora, pero que la presencia del pediatra resulta prácticamente imposible al encontrarse localizado en su domicilio.

Por otra parte, parece evidente que el sistema de guardias de presencia física de los fines de semana y localizada del resto de jornadas era bastante provisional, pues buena parte de esas guardias recaen en pediatras contratados con carácter temporal. Esta situación puede agravarse si se producen bajas por cese del contrato o por cualquier otra razón y especialmente durante el período de vacaciones. Además, no parece que exista regulación alguna de los períodos de descanso que deben disfrutar los facultativos después de las guardias, al menos en aquellos casos en que su presencia haya sido intensa.

No explica tampoco el Servicio Navarro de Salud cual debe ser el papel de la pediatría en un hospital comarcal de las características del "Reina Sofía" de Tutela cuya población potencial a atender es superior a las 80.000 personas, considerando no sólo las localidades del sur de Navarra sino incluso otras de Comunidades Autónomas limítrofes que también son atendidas. Esta población potencial fundamenta que hospitales similares de otras zonas de España tengan asegurada la permanencia de un pediatra durante las 24 horas del día.

Según los manuales sobre gestión hospitalaria al uso, existe pleno consenso entre los profesionales de la sanidad de que los servicios de urgencias de los hospitales de segundo nivel, como lo es el "Reina Sofía", deben contar con médicos propiamente de urgencias, pero también con especialistas en Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Tocoginecología, Anestesia y Pediatría, y que, además, estos facultativos deben estar presentes y disponibles en el propio centro sanitario. Sólo se conciben las guardias localizadas como apoyo de un servicio o en los hospitales de primer nivel, que sólo atienden urgencias básicas y son esencialmente "emisores" de pacientes a otros centros más especializados.

En consecuencia, a la vista de las consideraciones y datos expuestos, resultaba conveniente exigir el estudio del dimensionamiento de la plantilla necesaria del Servicio de Pediatría del citado Hospital para definir con mayor precisión el régimen de guardias a fin de lograr una mayor estabilidad del sistema y garantizar la correcta prestación del servicio, con respeto a los derechos de los funcionarios implicados. Todo ello contando con la participación de pediatras y obstetras al ser el personal implicado.

Por lo expuesto, efectuamos al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra **RECOMENDACIÓN** para que, a la mayor brevedad posible, promoviese el estudio de la plantilla y régimen de guardias del Servicio de Pediatría del Hospital "Reina Sofía" de Tudela, a cuyo efecto debe proveerse de datos reales extraídos del propio Hospital, y articular un procedimiento que asegure la participación de los profesionales de pediatría y obstetricia del propio centro, entre otros, a fin de adoptar la solución mas correcta para garantizar la mejor prestación del servicio.

En la contestación que nos fue remitida por el Consejero del Departamento, se nos volvía a explicar los medios humanos de que dispone el Área de Salud de Tudela para la atención pediátrica hospitalaria y extrahospitalaria de los ciudadanos, así como el sistema de guardias de presencia física y localizadas, la distribución horaria de las mismas, y el número de consultas atendidas en el servicio de urgencias del hospital de Tudela, cuyo análisis ya fue objeto de examen en nuestra resolución.

A la vista de los datos aportados, entendía el citado Departamento que no procedía modificar el sistema de guardias de pediatría por considerar que la mayoría de las consultas están perfectamente atendidas por los médicos de guardia del hospital, aunque carezcan de la especialidad de pediatría.

En consecuencia, consideramos que no había sido atendida nuestra recomendación y, en cumplimiento de lo establecido en nuestra ley reguladora, trasladamos al Departamento de Salud que dejaríamos constancia de esta circunstancia en nuestro informe anual.

## **ASISTENCIA PEDIÁTRICA EN ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE TIERRA ESTELLA Y RÉGIMEN DE GUARDIAS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN DE ESTELLA.**

### **ANTECEDENTES:**

La queja en esta ocasión (**expte. 03/34/S**) se presentó por un grupo de padres y madres residentes en los municipios de Abárzuza, Lezáun, Oteiza de la Solana, Amescoa Baja, Yerri y Guesálaz, entre otros, encuadrados en las Zonas Básicas de Salud de Villatuerta, Allo y Los Arcos. Denunciaban que la nueva reordenación de la asistencia pediátrica en estas zonas les perjudica notoriamente, pues anteriormente recibían servicio en el Hospital García Orcoyen de Estella por la mañana y tarde, de lunes a viernes, que, además de prestar más servicio, se encuentra situado mucho más cerca de sus domicilios que las localidades donde tiene consulta el nuevo pediatra.

También denunciaban que el servicio de urgencias del citado Hospital ha sufrido una remodelación a partir de la reforma de la atención pediátrica,

de modo que se había suprimido el médico pediatra que les asistía antes por las tardes en este centro. Señalaban que el servicio de urgencias del Hospital no lo prestan pediatras, como correspondería.

Nos indicaban que intentaron acceder a los datos necesarios para conocer las condiciones de prestación de la asistencia pediátrica en las tres zonas y del servicio de urgencias del Hospital de Estella, sin que se les facilitase información alguna en este sentido.

Solicitaban, en definitiva, que se reconsiderase la reorganización del servicio pediátrico en las zonas afectadas y que se mantenga la atención en el Hospital de Estella, incluida la atención de urgencias por médicos pediatras.

A la vista de ello, dirigimos el correspondiente escrito al Departamento de Salud en el que solicitábamos información acerca de los siguientes datos:

- Número de niños hasta 14 años inclusive asignados a cada una de las Zonas Básicas de Salud de Villatuerta, Allo y Los Arcos, indicando su municipio de procedencia.
- Esquema de funcionamiento de la nueva reordenación del servicio de pediatría en estas zonas.
- Población asignada al Hospital de Estella como centro de atención especializada secundaria.
- Número de urgencias pediátricas atendidas en el Hospital de Estella en el año 2002, en las distintas franjas horarias y fines de semana, por meses, indicando el perfil profesional de los facultativos que prestan la asistencia y el sistema de guardias.
- Incidencia en el servicio de urgencias de la supresión del pediatra de tardes en el centro hospitalario hasta febrero de 2003.
- Partos totales al año atendidos en el Hospital, con indicación de eutócicos y distócicos, días y franjas horarias en que se producen.

El citado Departamento, a través de su Consejero, remitió el correspondiente informe en el que explica que las razones que motivaron el cambio de la asistencia pediátrica fueron las siguientes: a) lograr la consolidación del pediatra para las tres Zonas Básicas y cubrir la plaza de manera definitiva tras la última oferta empleo; b) acercar la asistencia pediátrica a la mayoría de la población para evitar desplazamientos e incomodidades innecesarias; c) personalizar la asistencia pediátrica y el mantenimiento de las historias clínicas de los niños, mejorando la calidad asistencial; d) y por último, ofertar a la población otros servicios como son la vacunación de niños en la misma visita y las vacunaciones escolares de forma sistemática y organizada por la enfermera de pediatría, así como posibilitar las visitas domiciliarias de la enfermera junto a la asistente social de zona para la información de trámites y ayudas sociales en su caso.

Señala también que los reclamantes solicitaron una reunión a la Dirección de Área, que se celebró el día 19 de diciembre de 2002, donde fueron debidamente contestadas todas las preguntas que se

plantearon sobre el nuevo sistema, exponiéndoles las razones del cambio y las mejoras que se producirían a los usuarios. No obstante, se informó a los padres reclamantes que la centralización del pediatra de las tres Zonas Básicas en la localidad de Estella, volviendo así al sistema anterior, precisaría el consenso de los responsables sociales de estas zonas, ya que esa posibilidad sólo ha sido solicitada por un grupo de vecinos de determinadas localidades, que no representan al conjunto de municipios que componen las distintas zonas sanitarias.

Asimismo, el informe aporta un conjunto de datos asistenciales que solicitamos para poder resolver la queja, datos a los que haremos referencia seguidamente.

## **ANÁLISIS**

Tras efectuar similares consideraciones que las reflejadas en el expediente anteriormente expuesto sobre el reflejo constitucional (art. 43) del derecho a la salud así como sobre la obligación de mantener un sistema sanitario que garantice eficazmente las prestaciones sanitarias, adecuándose a los principios de eficacia y eficiencia, hicimos referencia a la necesidad de tener en consideración en este tipo de casos datos puramente objetivos como las características de las poblaciones a las cuales va destinado este servicio, su distancia a los centros de atención, las cifras reales de usuarios potenciales, el número de urgencias pediátricas atendidas en periodos anteriores, tipologías clínicas, etc...., pues son datos cuyo conocimiento habrá de servir de base para adoptar la solución mas correcta. También cómo debían de considerarse otros criterios técnico-médicos válidos en el modelo de desarrollo científico actual, que sirven como referentes para evaluar la calidad asistencial del servicio.

Todos estos parámetros objetivos junto a los estrictamente clínicos constituyen, en nuestra opinión, el punto de partida necesario para valorar el caso planteado y permitir nuestro pronunciamiento sobre el mismo.

En relación a la queja expuesta, se presentaban dos cuestiones a resolver: a) sobre si conviene volver a centralizar las consultas de pediatría de las tres zonas básicas de salud en el hospital García Orcoyen de Estella, por constituir esta medida una mejora del servicio; y b) sobre si el servicio de urgencias de dicho hospital debe ser prestado por pediatras presentes las 24 horas del día.

Sobre la primera cuestión señalamos que aunque la localidad de Estella constituya de hecho el centro neurálgico de las tres zonas afectadas, lo cierto es que con el nuevo modo de prestación del servicio se consigue, como señala el informe de la Administración, una mejora de la atención pediátrica para la mayor parte de la población residente en las Zonas Básicas de Salud de Los Arcos y Allo, pues los usuarios de estas zonas tienen mayor facilidad de acceso al pediatra

al tener consulta en estas dos localidades, cuando anteriormente tenían que desplazarse al Hospital García Orcoyen de Estella.

También la mayoría de los vecinos de la Zona Básica de Salud de Villatuerta resultan beneficiados por idéntica razón, tanto los residentes en Villatuerta como los de Oteiza. Sin embargo, los residentes en los demás municipios sí han visto empeorado el acceso al pediatra, pero no puede desconocerse que, según los datos facilitados por el Departamento de Salud, más de la mitad de los niños de esta zona reside en precisamente en Villatuerta y en Oteiza, lo cual permite deducir que la mayor parte de la población afectada por la reforma del modelo asistencial obtiene claras ventajas para el acceso al pediatras, aunque, como decimos, es indudable que los residentes en otras localidades como Abárzuza, Lezáun, Salinas, Amescoas, Yerri y Guesálaz, van a tener el servicio algo más lejos que lo que lo tenían anteriormente.

Pero en conjunto parece que la medida adoptada por el Departamento de Salud supone una mejora para la mayor parte de la población de las Zonas Básicas de Salud afectadas, y no constituye una insuficiente asistencia para los vecinos de las últimas localidades citadas, aunque sí más molestias. Aun así, lo cierto es que el Centro de Salud más cercano se encuentra en Villatuerta, localidad que está a escasa distancia de Estella, donde se ofrece el servicio de pediatra los lunes, martes, miércoles y viernes por las mañanas, esto es, suficiente asistencia, sin perjuicio de que puedan seguir utilizándose los servicios de urgencias del Hospital de Estella para los casos que lo requieran.

En definitiva, las mejoras e inconvenientes de la nueva reordenación hay que ponderarlos en conjunto, y no se puede soslayar que la mayoría de la población se beneficia al facilitársele el acceso al pediatra, sin que, por otra parte, las molestias que se generan a algunos usuarios sean lo suficientemente graves como para justificar la vuelta al sistema anterior.

Sin embargo el otro aspecto que debemos abordar enlaza con la otra cuestión que plantean los reclamantes en este expediente. Indican que las urgencias de pediatría del Hospital García Orcoyen las atienden médicos generalistas y no pediatras, lo cual, a nuestro entender, sí constituye un empeoramiento del servicio en cuanto a la calidad.

En este sentido, señala el informe de la Administración que el número de urgencias pediátricas atendidas en dicho hospital de Estella en el año 2002 ascendió a la cifra total de 4.339, de las cuales 2.836 se realizaron por las tardes y noches, fuera del horario normal de funcionamiento del hospital. Se indica también que estas urgencias pediátricas van a ser atendidas por médicos de urgencias, y no por pediatras, aunque éstos se encuentren en régimen de guardia localizada. Por otra parte, el número de partos totales durante el año 2002 fue de 430, de los cuales 133 fueron distócicos.

La primera conclusión que obtuvimos de la lectura de los datos aportados por el Departamento de Salud es que la situación del servicio de pediatría, en relación a la atención de urgencias y partos, guardaba

cierta similitud con la que analizamos en el expediente de queja 27.02.5, planteado sobre el modelo del servicio de urgencias pediátricas del Hospital Reina Sofía de Tudela.

Señalábamos en la recomendación que formulamos en dicho expediente, que se debía asegurar la presencia física permanente de pediatras en el hospital para atender debidamente las urgencias de usuarios menores de 15 años y los partos distócicos, pues de esa forma se aseguraba el nivel de calidad exigible en un hospital comarcal de las características del Reina Sofía de Tudela, cuya población potencial a atender era superior a las 80.000 personas, como ocurría en otros lugares de España.

El Hospital García Orcoyen de Estella atiende una población potencial de 56.521 tarjetas sanitarias, esto es, una cifra menor que el Hospital de Tudela pero suficiente para considerarlo como hospital secundario de características similares, por lo que debemos defender la presencia permanente de pediatras para la atención de urgencias. En este sentido, recordábamos en nuestra recomendación que, según los manuales ordinarios sobre gestión hospitalaria, existía pleno consenso entre los profesionales de la sanidad de que los servicios de urgencias de los hospitales de segundo nivel, como lo es el “Reina Sofía” (y también el Hospital García Orcoyen de Estella), deben contar con médicos propiamente de urgencias, pero también con especialistas en Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Tocoginecología, Anestesia y Pediatría, y que, además, estos facultativos debían estar presentes y disponibles en el propio centro sanitario. En tales manuales sólo se conciben las guardias localizadas de estos facultativos como apoyo de un servicio o en los hospitales de primer nivel, que sólo atienden urgencias básicas y son esencialmente “emisores” de pacientes a otros centros más especializados.

Por lo expuesto, efectuamos al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra **RECOMENDACIÓN** para que, a la mayor brevedad posible, implantase un régimen de guardias de presencia física de pediatras en el Hospital García Orcoyen de Estella, para que atiendan debidamente las urgencias correspondientes a su especialización.

La Consejera del citado Departamento nos remitió la correspondiente contestación en la que se nos venía a manifestar que compartía la recomendación formulada y que se estaba llevando a cabo el estudio pertinente para dicha implantación.

## ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE CORELLA-CASTEJÓN.

### ANTECEDENTES

Un numeroso colectivo de madres y padres de Corella formularon una queja (**expte. 02/197/S**) en relación a la saturación que observaban en el servicio de pediatría del Centro de Salud de Corella.

Al respecto nos explicaban que habían realizado gestiones a través del Ayuntamiento de Corella y ante el Departamento de Salud exponiendo la situación del Servicio de Pediatría del Centro de Salud de Corella, sin que hayan obtenido todavía respuesta por parte del mismo.

Los interesados refieren que los dos pediatras adscritos a la Zona Básica reciben más peticiones de consulta de las que pueden atender, aunque saben que hacen todo lo posible para prestar el servicio debidamente. Lo cierto es que algunos días el número de consultas disponibles es insuficiente ya que en pocos minutos se completa la lista diaria. Esta situación, generada por el hecho de evolucionar la población pediátrica de los 900 niños de hace diez años a los actuales 1.400, ocasiona frecuentes enfados y quejas entre los usuarios como consecuencia de no poder acceder a la consulta, a veces, durante dos o tres días seguidos.

Por todo ello solicitan que esta Institución ejerza de mediadora para solucionar de forma urgente este problema que padecen en dicho Centro de Salud respecto de las consultas de pediatría.

Solicitada la correspondiente información al respecto al Departamento de Salud, su Consejero nos manifestó lo siguiente:

*“La Zona Básica de Salud de Corella está compuesta por los municipios de Corella y Castejón, que distan entre ellos unos 12 Kms., teniendo entre ambos una población pediátrica con derecho a asistencia sanitaria de 1.398 niños, de los que 1.052 están domiciliados en Corella y 346 en Castejón.*

*Tabla 1.- Zona Básica de Corella. Distribución Pediátrica. Datos TIS Septiembre-2002*

CIAS	FACULTATIVO	LOCALIDAD	EDAD			TOTAL
			0-2	3-6	7-14	
1502480201A	Dr. [...]	Castejón	70	85	191	346
		Corella	226	273	553	1052
<b>TOTAL ZONA BASICA</b>			<b>296</b>	<b>358</b>	<b>744</b>	<b>1398</b>

*Como se puede apreciar en la tabla 1, y previsiblemente debido al descenso de natalidad de los últimos años, la población menor de 2 años, que es la que mayor presión asistencial demanda, supone aproximadamente un 21%.*

*En la actualidad y desde mayo del año 2000, la atención pediátrica la presta el pediatra titular de la zona y un refuerzo (también pediatra) que presta sus servicios dos días más (lunes y jueves) a tiempo total. Por tanto trabajan en esa Zona Básica de Salud 1,4 pediatras. Por ello la media de niños por profesional es algo inferior de 1000, igual que*

en las demás Zonas Básicas de Salud de Navarra con características similares a las de Corella.

La distribución de su agenda de trabajo, tal y como puede apreciarse en la tabla 2, se desarrolla en ambas localidades, dado su distanciamiento geográfico, y siempre siguiendo criterios que garanticen la calidad del servicio. Así por ejemplo, se han mantenido los desplazamientos del pediatra titular entre ambas localidades con el fin de que el seguimiento de los niños menores de 2 años encuadrados dentro del Programa al Niño Sano, sea realizado siempre por el mismo profesional.

Tabla 2.- Agenda de citaciones de pediatras de la ZBS

		Corella		Castejón	
Lunes	Dr. Heras	9:00-12:00 h	C. Demanda	13:00-14:30 h	C. Demanda
	<b>Dra Rubio</b>	<b>8:40-14:30 h</b>	<b>C. Programada</b>		
Martes	Dr. Heras	9:00-14:30 h	(de 12 a 14 h C. Programada)		
Miércoles	Dr. Heras	9:00-11:00 h	C. Demanda	12:00-14:30 h	(de 12 a 13 h C. Programada)
Jueves	Dr. Heras	9:30-14:30 h	(de 12 a 14 h C. Programada)		
	<b>Dra Rubio</b>			<b>8:40-14:30</b>	<b>C. Programada</b>
Viernes	Dr. Heras	12:00-14:30 h	C. Demanda	9:00-11:00 h	(de 9 a 9,30 C. Programada)

En la tabla 3 pueden verse los datos comparativos de actividad pediátrica en el primer semestre de 2001 y del mismo periodo de 2002.

Tabla 3.- Comparación de la actividad pediátrica en Zona Básica de Salud de Corella. Año 2001-2002.

	CONSULTA A DEMANDA			CONSULTA CONCERTADA		
	2001	2002	% 02/01	2001	2002	%
Enero	752	962	27,93	106	128	20,75
Febrero	726	826	13,77	83	83	0,00
Marzo	755	651	-13,77	134	149	11,19
Abril	613	728	18,76	46	175	280,43
Mayo	739	729	-1,35	126	87	-30,95
Junio	586	549	-6,31	148	91	-38,51
TOTAL	4171	4445	6,57	643	713	10,89

De la citada información, se desprende que cada habitante en edad pediátrica perteneciente a la Zona Básica de Salud de Corella ha ido a la consulta, en este primer trimestre de 2002, en 3,69 ocasiones en el resto de Zonas Básicas de similares características tanto dentro del Área de Tudela como de toda Navarra se aprecian cifras muy parecidas, habiendo realizado 3,71 visitas en el mismo periodo de tiempo). Por ello, podemos afirmar que, aunque es una frecuentación elevada, no existen diferencias significativas entre la afluencia de niños a pediatría en Corella respecto con el resto de Navarra”

## ANÁLISIS

Comprobamos en primer lugar que los datos aportados por los reclamantes coinciden, básicamente, con los plasmados en el informe del Departamento de Salud, si bien éstos son bastante más completos y precisos. Los datos ofrecidos son esenciales para determinar si el servicio funciona correctamente o si puede ser objeto de mejora, por lo que es preciso su análisis para resolver la cuestión planteada en la presente queja.

La primera conclusión que se obtiene sin mayor esfuerzo de análisis es que el número de facultativos que presta el servicio de atención pediátrica a los vecinos de Corella y Castejón, que son los dos municipios afectados, es suficiente para la atención pediátrica en circunstancias normales, pues no se producen listas de espera acumulativas: el hecho de que todas las consultas se resuelvan entre uno o dos días, tres a lo sumo en casos extraordinarios, como señalan los reclamantes, demuestra que los excesos de demanda de consulta que se producen algunos días se absorben en los siguientes. Si no fuera así, se producirían listas de espera que, a medio plazo, demostrarían la insuficiencia de médicos. Como indica el informe, el servicio se presta en similares condiciones a otras Zonas Básicas de Salud, si bien es cierto que, a veces, se pueden producir puntas de trabajo que no permitan la atención diaria inmediata, que sería lo deseable. Por ello se requiere estudiar si procedería hacer algunas correcciones en la reorganización del servicio para mejorar la eficiencia de los facultativos.

Analizados los cuadros de la actividad pediátrica que nos ha aportado el Departamento de Salud, observamos que no existe una correcta proporcionalidad entre la atención que se presta en los dos municipios implicados, en concreto respecto a las visitas concertadas.

Partiremos de los siguientes datos:

- a) Número de niños asignados a esta zona: 1.052 de Corella y 346 de Castejón.
- b) Horarios de atención semanal:
  - Corella: 1.430 minutos (590 programados)
  - Castejón: 710 minutos (440 programados)

A simple vista se observa que el tiempo de atención programada en Castejón es bastante superior que la correspondiente a Corella. En el primer caso el tiempo dedicado a esa atención representa casi el 62% del tiempo total, y en Corella el 41,25%, cuando no parecen existir diferencias clínicas especiales entre los pacientes asistidos en consulta.

Si se aplicara a Castejón el porcentaje del tiempo total que se destina en Corella para las consultas concertadas, el 41,25%, el tiempo necesario para este tipo de consultas en aquella localidad sería de 292,8 minutos/semana, en vez de los 440 actuales, sobrando casi 2 horas y media cada semana, que servirían para mejorar la atención no programada.

Asimismo, en la tabla 3 del informe se señala que las consultas totales del ejercicio de 2002 en ambas localidades han sido 5.158, de las que 4.445 fueron a demanda, y 713 programadas. Esta última cifra supone el 13,82% sobre el total de la suma de ambos tipos de consultas. Se observa que dicho porcentaje es muy inferior al porcentaje del tiempo total que se utiliza para consultas concertadas en la Zona Básica de Salud de Corella, pues en el mejor de los casos, en Corella, este tiempo supone el 41,25% del total, aunque la diferencia se explica en parte por el hecho de que las consultas concertadas vienen a requerir, como media, el doble de tiempo de atención que las demandadas. A este efecto podemos considerar válido que el tiempo de dedicación de un facultativo a las consultas demandadas está entre 7 y 8 minutos en circunstancias normales, que son las únicas que permiten determinar ratios de eficiencia, y sobre los 15 minutos para las consultas concertadas, esto es, el doble de tiempo, como decimos.

Sin embargo, no vemos que esta explicación fundamente suficientemente el reparto de tiempos que se hace entre consultas a demanda y programadas. Si partimos de que una consulta programada requiere el doble de tiempo que las de demanda, podemos comparar ambos tipos de consultas reconvirtiendo las visitas programadas a las demandadas multiplicándolas por dos.

Para efectuar la comparación con los datos de consultas de 2002, debemos considerar que hubo 4.445 consultas a demanda y 713 programadas, estas últimas, reconvertidas a efectos comparativos, suponen 1.426. La cifra teórica total de consultas sería 5.871 (4.445 + 1.426). De forma que las consultas a demanda suponen prácticamente el 75% del total, y las programadas reconvertidas el 25% restante. Esta proporción sería la ideal que debe respetarse también respecto a los tiempos de dedicación de los facultativos de pediatría. Sin embargo, en Corella se destina el 41,25% del tiempo total a la atención a consultas programadas y en Castejón nada menos que el 62%, en vez de 25% que estimamos necesario para este tipo de consultas. La consecuencia de tal modo de repartir tiempos en la Zona Básica de Salud de Corella es la menor dedicación de tiempo a las consultas a demanda y, por tanto, un peor servicio del que se podría prestar a los padres que requieren atención pediátrica inmediata. Todo ello justifica sobradamente el malestar de los padres que comparecen a esta Institución y el fundamento de la presente queja.

No obstante, aprovechamos la ocasión para recordar que la Ley Foral de Salud recoge, como uno de los principios informadores de esta materia, la educación sanitaria de la población, a la que se refieren en especial los artículos 12.3.d) y 15.1. La educación constituye un elemento esencial para mejorar la eficiencia de los profesionales de la salud pues el desarrollo y puesta en práctica de programas educativos dirigidos a los usuarios del servicio, permite racionalizar la atención sanitaria que demandan los ciudadanos. En especial conviene dotar a los padres de conocimientos básicos sobre esta materia de modo que utilicen el servicio en los casos en que sea realmente necesario y puedan ser atendidos con la celeridad que requiera la situación clínica de

sus hijos. La implantación real de estos programas permitirá mejorar la eficiencia del servicio sanitario, lo que redundará en beneficio de todos, tanto de los usuarios, que deben ser atendidos sin dilación cuando sus hijos enferman, como del personal sanitario, que muchas veces se encuentra desbordado en su actividad diaria.

Por lo expuesto, se efectuó al Departamento de Salud una **RECOMENDACIÓN** para que estudie la reordenación de tiempos entre las consultas programadas y las demandadas de pediatría de la Zona Básica de Salud de Corella, y para que la asistencia médica guarde la suficiente proporcionalidad entre los municipios que la conforman, a fin de mejorar la atención demandada por los ciudadanos. Asimismo planteamos como **SUGERENCIA** que se implanten de forma sistemática programas de educación sanitaria para los usuarios del servicio.

La Consejera del citado Departamento, en su contestación, además de hacer referencia a las medidas que se han venido tomando sobre este tema, nos informaba que se han adoptado otras en la línea de lo apuntado en nuestra recomendación como que los servicios de pediatría de esa zona sean objeto de una nueva reorganización para mejorar la atención a los usuarios, el aumento de dedicación del médico de refuerzo de Corella en casos de necesidad. También nos señalaba que se iba a reforzar el mensaje a la población del uso responsable de los servicios, pues según indicaba se habían detectado abusos de ciudadanos que acuden a consulta 30, 40 y hasta 50 veces al año, de modo que el 20% de la población ocupa más de la mitad del tiempo asistencial de las consultas pediátricas, lo cual implica una indebida utilización de los servicios sanitarios.

En este sentido, y entendiendo que se actuaba en la línea de lo que indicábamos en nuestra recomendación, insistimos en la importancia de incidir en el mensaje de que se debe hacer un uso responsable de los servicios médicos, para evitar retrasos en la asistencia en perjuicio de aquellos usuarios que utilizan correctamente estos servicios cuando en verdad los precisan, pues los datos que nos aportaba el Departamento en este caso demostraban que en esa Zona Básica de Salud hay algunos padres que utilizan indebidamente los servicios pediátricos, lo cual, como es evidente, redundará en perjuicio de los demás usuarios y en el encarecimiento injustificado de los servicios públicos.

## SANIDAD ANIMAL Y ALIMENTARIA

### CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS EN DOMICILIO POR TENENCIA DE ANIMALES POR PARTE DEL VECINO.

#### ANTECEDENTES:

La persona que formuló la queja (**expte. 02/391/S**) denunciaba los problemas de filtraciones y olores que, según exponía, viene padeciendo desde hace meses en su domicilio de Zizur Mayor.

Según el interesado, las filtraciones de olores y ruidos son producidos por dos perros que conviven con la propietaria del piso superior al que reside. Como consecuencia de estas filtraciones de olores y ruidos, padece dolores de cabeza, picor y dolores de garganta y otra serie de problemas de salud personal, por lo que está recibiendo atención médica, tanto él como su cónyuge.

A la vista de algunas actuaciones llevadas a cabo por el autor de la queja ante estos organismos nos dirigimos al Ayuntamiento de Zizur Mayor así como al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para que nos informasen sobre las actuaciones llevadas a cabo por los mismos.

Por parte del Departamento de Salud, se nos facilitó la siguiente información:

*“Entendemos que los motivos que impulsan las quejas se enmarcan en el artículo 34 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, según la cual, en su punto 1.c), establece que son competencias de los Ayuntamientos el control sanitario de edificios y lugares de vivienda...”*

*En su artículo 36.2 se contempla que en los municipios donde el desarrollo de tales funciones no justifique que disponga de personal y servicios propios, encomendarán tales funciones a profesionales sanitarios del Área de Salud a la que pertenezcan, y dispondrán de apoyo técnico de los centros de salud, ...(y) tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos. ...*

*Secundariamente, al asunto en cuestión también le puede ser de aplicación la Ley Foral 7/1994, de 31 de mayo, de protección de los animales.*

*Hasta el día de hoy, por parte de los Inspectores de Salud Pública, se han llevado a cabo las siguientes actuaciones:*

*El día 11 de marzo de 2002 se recibe en el Ayuntamiento de Zizur Mayor denuncia planteada por don [...] según la cual, perros del vecino de la vivienda superior le producen molestias por orines que le*

caen a la ventana de su domicilio, solicitando la inspección de un veterinario.

Dicha queja fue trasladada a la veterinaria responsable de la zona quien realizó las siguientes observaciones:

- 12 de marzo de 2002: Percibe olores en el balcón de la casa del denunciante. Se observa desde la calle una mancha en la fachada.
- 15 de marzo de 2002 (10 horas): No se observan perros en la galería del denunciado.
- 18 de marzo de 2002. (11 horas): Hay dos perros.
- 22 de marzo de 2002. (10 horas): No hay perros.
- 25 de marzo de 2002. (14 horas): No hay perros.
- 4 de abril de 2002: No hay perros.

El 8 de abril hace un informe, que entrega al Ayuntamiento de Zizur Mayor, por ser la administración competente, en el que se refleja el ligero olor desagradable a orines, la mancha en la pared de la fachada y la presencia de dos perros, de acuerdo con las observaciones realizadas en los días precedentes reflejadas anteriormente, completando la información con comentarios de la Ley Foral 7/1994, de protección de los animales.

El día 20 de mayo, el mismo denunciante vuelve a presentar denuncia ante el Ayuntamiento de Zizur Mayor, la cual es trasladada a la veterinaria de la zona, quien efectúa, junto a otra compañera, nueva visita al domicilio del denunciante, el día 22 de mayo, percibiendo nuevamente olor a orines en su balcón cerrado, haciendo constar que, según el denunciante, ya no hay perros en el piso superior al suyo (según consta en informe realizado el día 23 de mayo y entregado al Ayuntamiento el mismo día).

Como consecuencia de las reiteradas llamadas telefónicas realizadas a la Consejería de Salud, así como a la Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria, esta Sección remite nuevamente copias de los informes al Ayuntamiento de Zizur Mayor.

El 13 de agosto, el reclamante reitera la denuncia mediante instancia general y llamada telefónica a la Consejería de Salud. Se le comenta que la Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria ha enviado dos informes al Ayuntamiento de Zizur Mayor.

Posteriormente, el Ayuntamiento de Zizur Mayor remite a la veterinaria de la zona escrito del denunciante en el que refleja que sigue padeciendo los mismos problemas, así como su intención de tomar otras medidas con su letrado si el Ayuntamiento no interviene.

En noviembre de 2002 se recibe en la Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria una nueva denuncia presentada por el denunciante ante la Policía Foral, por los mismos hechos, la cual es trasladada al Ayuntamiento de Zizur Mayor por ser tema de su competencia.

A la hora de analizar la queja planteada, nos pareció importante, en primer lugar recordar que las facultades de supervisión de esta Institución se limitan a las actividades de las Administraciones Públicas de Navarra, pero en ningún caso se ostentan competencias para intervenir en asuntos o conflictos que puedan surgir entre particulares.

Por ello lo que debíamos de analizar en este caso era si el Ayuntamiento de Zizur Mayor y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra habían actuado de forma adecuada, ejerciendo las competencias que la normativa de aplicación atribuye a cada uno.

Para ello analizamos las actuaciones llevadas a cabo por los inspectores del Instituto de Salud Pública, la Policía Foral y la Policía Municipal de Zizur Mayor.

En lo que se refiere al Ayuntamiento de Zizur Mayor se nos remitió desde el mismo copia de todas las actuaciones llevadas a cabo sobre este tema hasta el 8 de enero de 2003, en concreto, y haremos referencia a los mismos sin reproducirlos por su extenso contenido;

- 1.- Acta de inspección del Instituto de Salud Pública del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra de 8 de abril de 2002,
- 2.- Acta de inspección del Instituto de Salud Pública del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra de 23 de mayo de 2002,
- 3.- Acta de Denuncia Administrativa nº ADA0681611 presentada ante la Policía Foral con fecha 16 de noviembre de 2002,
- 4.- Informe de la Policía Municipal del Ayuntamiento de Zizur Mayor con fecha 19 de diciembre de 2002,
- 5.- Acta de la Policía Municipal de Zizur Mayor de fecha 2 de enero de 2003,
- 6.- Nueva acta de la Policía Municipal de Zizur Mayor de fecha 2 de enero de 2003,
- 7.- Informe nº 006/03 de la Policía Municipal de Zizur Mayor con fecha 8 de enero de 2003.

#### **ANÁLISIS:**

Los antecedentes examinados nos permitieron tener un conocimiento bastante completo del problema planteado por el autor de la queja y de las diferentes actuaciones, que no eran pocas, realizadas en relación al mismo.

En este sentido, la propia Constitución, en su artículo 45, conmina a los poderes públicos a proteger y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Por otra parte, tal y como afirma en su informe el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, según el artículo 34 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, es competencia de los Ayuntamientos el “Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana” (...)

Sin perjuicio de lo anterior, la Ley Foral 7/1994, de 31 de mayo, de Protección de los Animales, a lo largo de su articulado contempla una serie de obligaciones atinentes a los poseedores de animales, especialmente a los de compañía -arts. 2.1, 7, 10.1- por lo que al caso se refiere, cuya observancia corresponde vigilar a los Ayuntamientos, si bien el Gobierno de Navarra ostenta competencias de actuación subsidiaria en estas labores de inspección y vigilancia -art. 23.3-.

De las actuaciones descritas, se observa que el Ayuntamiento de Zizur Mayor, a raíz de las diferentes denuncias presentadas por Don [...] traslada las mismas al Instituto de Salud Pública de Navarra, a fin de que por la veterinaria responsable de la zona se informase sobre la cuestión.

En su primer informe, de fecha 8 de abril de 2002, la inspectora percibió en el balcón cerrado del denunciante *“ligero olor desagradable a orines y una mancha en pared de fachada que podría tener su origen en el escurrimiento de líquidos del balcón superior”*.

El 22 de mayo del mismo año, la misma Inspectora gira una nueva visita al domicilio del Sr. [...] en la que vuelve a observar en el balcón cerrado *“olor a orines”*. De todas maneras el interesado le manifiesta que ya no viven perros en el piso superior.

De la lectura del cúmulo de actuaciones, tanto de Inspectores como de la Policía Municipal de Zizur Mayor, así como del correspondiente justificante de la guardería canina se puede deducir que, al menos desde septiembre de 2002, no hay perro alguno en la vivienda del piso superior a la del Sr. [...].

También se desprende del desarrollo de las actuaciones que no cabe achacar al Ayuntamiento de Zizur Mayor ni al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra que no hayan actuado ejerciendo sus competencias como consecuencia de las denuncias que se iban formulando.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el fin de realizar una última actuación al respecto que dé por zanjado el asunto, consideramos que sería concluyente el que desde el propio Ayuntamiento se promoviese una última inspección por parte de personal sanitario, bien proveniente del propio Instituto de Salud Pública, bien del Centro de Salud de la localidad, con el fin de comprobar la situación actual de la vivienda del autor de la queja. Téngase en cuenta a estos efectos que desde la última visita girada por la Inspectora del Instituto de Salud Pública el 22 de Mayo de 2002, hasta la última actuación de que nos informa el Ayuntamiento, que tuvo lugar el 8 de enero de 2003, quienes han estado visitando el citado domicilio con motivo de las denuncias formuladas, han sido agentes de la Policía Municipal de Zizur Mayor.

Esta circunstancia, sin ser del todo desdeñable, sin embargo consideramos que puede y debe ser complementada en esta ocasión con esta inspección final propuesta, por cuanto la materia a la que va referida exige la intervención del tipo de técnicos que proponemos -sanitarios-, especialistas y conocedores de la misma, más allá de la correcta labor que han desarrollado los agentes intervinientes.

Refuerza esta consideración el que en la última visita realizada por los referidos técnicos -22 de mayo de 2002- se observó en el balcón cerrado “olor a orines”, y si bien ello no presupone que continúen, si que cuando menos aconseja que se realice esta última inspección a que estamos haciendo referencia por parte de este personal con el fin de dar por concluido el asunto.

Por todo ello se consideró procedente efectuar al Ayuntamiento de Zizur Mayor **SUGERENCIA** en el sentido de que promueva una última inspección en el domicilio del autor de la queja por parte de personal sanitario, bien proveniente del propio Instituto de Salud Pública de Navarra, bien del Centro de Salud de la localidad, solicitando para ello si fuera preciso la correspondiente colaboración del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, a quién se dará traslado igualmente de esta indicación a efectos de su conocimiento y de que pueda adoptar las medidas precisas para su realización.

Como consecuencia de ello el Ayuntamiento de Zizur Mayor nos remitió informe higiénico-sanitario efectuado tras remitirle nuestra indicación por las inspectoras veterinarias de Salud Pública, en el que literalmente se dice: *comprobamos en las habitaciones: cocina, salón baño, balcón... que no hay manchas en paredes y tampoco percibimos olores de animales ni de desinfectante (el propietario Sr. [...], manifiesta que percibe olor a desinfectante en su domicilio, incluso en toda la casa: escaleras, sótano, etc.)*”

Como consecuencia de ello consideramos que se aceptó nuestra sugerencia por parte del citado Ayuntamiento.

## CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE LA SECCIÓN DE INSPECCIÓN DE SALUD PÚBLICA E HIGIENE ALIMENTARIA.

### ANTECEDENTES

En este supuesto (**expte. 03/22/S**) unos funcionarios del Servicio Navarro de Salud formularon una queja por la falta de coordinación existente en la Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria y por las condiciones de trabajo del colectivo de Inspectores Veterinarios.

En primer lugar manifiestan que, conforme prevé el Decreto Foral 89/1999, por el que se aprueba la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública, debería de haberse creado la «Unidad de

Programación y Evaluación» para establecer los objetivos a conseguir, coordinar las labores de todos los veterinarios, y uniformar criterios. Sin embargo, transcurridos más de cuatro años desde su previsión, esta importante Unidad no se ha puesto todavía en funcionamiento. También afirman que no se ha designado coordinador en los mataderos en los que hay más de un veterinario, a pesar de que esta figura está prevista legalmente. Dicha situación ha provocado que no exista una planificación de las inspecciones, una evaluación de las mismas, ni protocolos ni criterios unitarios de inspección, lo que supone que lo que se exige a cada establecimiento varíe en función de cada Inspector y provoque desigualdades.

En segundo lugar alegan que no se aplican activamente y con uniformidad de criterios los sistemas de autocontrol para el sector alimentario previstos en el Real Decreto 2207/95, ni se cumple la legislación referente al Registro de Industrias Alimentarias al no convalidar en tiempo y forma a las industrias alimentarias, lo que provoca que algunas de ellas se encuentren fuera de ordenación.

En tercer lugar denuncian las inadecuadas condiciones de los centros de trabajo donde tienen que desarrollar su actividad, careciendo de personal administrativo y de ordenadores o material de oficina adecuado, ya que todavía no se ha determinado el material mínimo con que debe contar una Oficina inspectora.

Asimismo, se quejan de la nula formación continua que reciben y de que no se contrata personal para cubrir las bajas o vacaciones sino que se encarga a otros compañeros que asuman las labores del ausente. Esto hace que sea muy difícil cumplir al mismo tiempo con las funciones propias del puesto al que están adscritos y con las asumidas temporalmente de otros puestos de trabajo. Además, según los interesados, no existe un control específico de la salud de estos trabajadores a pesar de que trabajan con material de alto riesgo ni estudios concretos relativos a su salud laboral.

Por último, alegan que, en muchas ocasiones, cumplen horarios superiores a los establecidos sin percibir las correspondientes retribuciones, y que tales horarios son muy variables ya que deben adaptarse a las necesidades de las empresas privadas a las que prestan sus servicios, conociendo el turno que les corresponde con escasa antelación, lo que provoca situaciones personales caóticas.

Solicitada información al Departamento de Salud para que informara sobre las cuestiones planteadas en la queja, éste nos remitió la correspondiente información de la que damos cuenta en los diferentes apartados que tratamos a continuación ya que varias son las cuestiones que se suscitan en la queja.

## ANÁLISIS

Tanto del informe que remitido como de la documentación aportada por los interesados destacamos los siguientes aspectos:

### 1.- Creación de la Unidad de Programación y Evaluación

Los interesados alegan que, a pesar de estar prevista esta Unidad en el Decreto Foral 89/1999, todavía no ha sido creada. Por su parte, el Departamento de Salud contesta lo siguiente en el informe remitido a esta Institución:

*«Los acontecimientos acaecidos en los 4 últimos años en cuanto a las alertas alimentarias y enfermedades de origen ambiental: (Crisis de las dioxinas, crisis de la Coca-Cola., crisis de las “Vacas locas”, brotes de “Legionella”, unido a la aparición de nuevas legislaciones ordenando nuevos sectores o modificando otros anteriores (Biocidas, prevención de legionelosis, Encefalopatías Espongiformes Transmisibles, nueva regulación piscinas, regulación de aguas de consumo humano, establecimiento de tatuajes y piercing), supone un aumento de contenidos y carga de trabajo que aconsejan el plantearse el estudio del desarrollo de una nueva estructura que optimice los recursos de los que se dispone».*

El citado Decreto Foral 89/1999, de 29 de marzo, determina en su artículo 17.2 que el Servicio de Higiene Pública y Protección de la Salud dispondrá de una Unidad de Programación y Evaluación para apoyar las funciones de programación de actividades inspectoras de campo, evaluar esas actividades y coordinarlas con otras unidades sanitarias o sectoriales, para lo que dispondrá de la custodia de los registros y expedientes informativos y sancionadores. Alude en concreto a las funciones siguientes:

- a) Planificación, programación, seguimiento, evaluación y coordinación de las actividades; relaciones con los organismos e instituciones intersectoriales; emisión de informes y certificaciones.
- b) Iniciación de expedientes informativos y nombramiento de inspectores para los expedientes sancionadores.
- c) Gestión de registros sanitarios de industrias y productos alimentarios, de instalaciones radiológicas, de manipuladores de plaguicidas y cualesquiera otros que puedan existir; las actividades relacionadas en materia de desinfección, desinsectación y desratización; y los programas de protección sanitaria frente a las zoonosis.

El propio Departamento ha reconocido en su informe que la citada unidad no ha sido creada hasta la fecha, debido a los recientes acontecimientos relacionados con problemas alimentarios (crisis de dioxinas, Coca Cola, vacas locas, legionella, etc.) que han aumentado la carga de trabajo que deben asumir los técnicos de la Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria. También manifiesta el informe

que en la actualidad se está estudiando el desarrollo de una nueva estructura para optimizar los recursos.

A la vista de tales datos se debe recordar que las Administraciones Públicas están vinculadas por sus propias normas, sin perjuicio de que, en virtud de sus potestades autoorganizatorias, puedan modificar tales normas siguiendo el procedimiento legal, pero mientras no se modifiquen deben cumplirse, máxime cuando han transcurrido más de cuatro años desde la aprobación del reglamento por el Gobierno de Navarra sin que, hasta la fecha, se hayan respetado sus previsiones. Además, desde que se inició este procedimiento de queja en enero de 2003 hasta la fecha de recibirse contestación del Departamento de Salud el día 19 de junio siguiente, no parece haberse suprimido esta previsión reglamentaria por lo que parece elemental que deba implantarse.

## 2.- Planificación y criterios de inspección

Los interesados alegan que en los mataderos en los que existe más de un veterinario no se ha previsto la figura del «coordinador», a pesar de estar prevista por el ordenamiento jurídico, lo cual provoca ausencia de dirección, falta de planificación de las inspecciones, inexistencia de evaluación, ausencia de protocolos y criterios unitarios de inspección, y conlleva que lo que se exige a cada establecimiento varíe en función de cada inspector y provoque desigualdades.

Por su parte el Departamento informa que la planificación y los criterios de la inspección se basan en dos grandes áreas: a) Mataderos, donde es obligatoria la presencia de un veterinario oficial con el fin de que se cumpla la normativa aplicable; y b) resto de establecimientos relacionados con la alimentación, en los que cada inspector de Salud Pública es responsable de los existentes en cada zona concreta, para asegurar el cumplimiento de las normas sectoriales. No facilita datos relativos al puesto de trabajo de veterinario-coordinador.

La figura del «veterinario coordinador» se contempla en el art. 9.1 del Real Decreto 147/1993, de 29 de enero, que determina que, cuando un establecimiento tenga dos o más veterinarios oficiales, se nombrará entre ellos a uno como responsable de coordinación de todas las acciones necesarias para dar cumplimiento a la legislación vigente.

Hemos procedido al estudio de las plantillas de funcionarios que aprueba el Gobierno de Navarra anualmente, encontrándonos con la Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria, a la que pertenecen los reclamantes, en la que no hay coordinadores o responsables de subunidades administrativas inferiores a la sección. Conforme al anexo primero del Decreto Foral 89/1999, norma que aprueba la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública, existe un solo Jefe de Sección para coordinar nada menos que 46 puestos de trabajo de nivel A, de los que, a la fecha de publicación del reglamento, estaban cubiertos 40 por Inspectores de Salud y 2 por Físicos extrahospitalarios, quedando vacantes 4 plazas de inspectores.

La valoración que, sin mayor análisis, se puede hacer desde una óptica de gestión de personal coincide con la que expresan los reclamantes, pues es evidente la debilidad organizativa de este importante servicio público, debilidad que implica, si no inexistencia de coordinación, si al menos insuficiencia pues no es posible que las labores de inspección de 44 funcionarios cuyo cargo es Inspector de Salud Pública, puedan ser coordinadas seriamente por una sola persona, y menos aun, cuando se producen situaciones de crisis o alertas alimentarias como las que señala el informe de la Administración. Desconocemos, por otra parte, si se han implantado protocolos de actuación para que los funcionarios puedan desplegar sus labores con garantías, paliando en parte la débil coordinación, pero, según informan los reclamantes, son inexistentes.

Por lo tanto, entendemos que la estructura organizativa elegida para este importante servicio público, que sirve para garantizar la seguridad alimentaria de toda la colectividad, es claramente insuficiente para que pueda cumplir con los niveles de calidad exigibles actualmente.

### 3.- Ejercicio de las labores de Inspección y aplicación de los sistemas de autocontrol

Los interesados alegan que no se aplican, activamente y con uniformidad de criterios, los sistemas de autocontrol para el sector alimentario previstos en el Real Decreto 2207/95, ni se cumple la legislación referente al Registro de Industrias Alimentarias al no convalidar en tiempo y forma a las industrias alimentarias.

El Registro Sanitario de Industrias y Productos Alimentarios de Navarra fue previsto por la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, y regulado por el Decreto Foral 311/1997, de 27 de octubre, encomendándose su gestión a la Dirección del Servicio de Salud Pública de la Dirección General de Salud.

En este registro deben inscribirse, obligatoriamente, todas las industrias y establecimientos que se dediquen a actividades alimentarias y tengan algún establecimiento en el territorio de la Comunidad Foral.

Estas industrias deben solicitar la autorización sanitaria de funcionamiento al Director General de Salud antes de poder iniciar su actividad. Examinada y valorada la solicitud y la documentación correspondiente por los Servicios Técnicos de la Dirección de Salud Pública, se procede a realizar una visita de inspección para comprobar que las instalaciones se adecuan a las condiciones señaladas en el Decreto Foral 311/1997, a las Reglamentaciones Técnico-Sanitarias de aplicación, y a los fines previstos en la memoria y demás documentación remitida por el solicitante. Estas autorizaciones son válidas para un periodo de cinco años, transcurrido el cual, el titular de la industria deberá solicitar la renovación de la autorización de funcionamiento dentro de los dos últimos meses de su período de vigencia, repitiéndose el proceso anteriormente descrito.

Sobre este aspecto, el Departamento alega que «Los sistemas de autocontrol previstos en el Real Decreto 2207/95 son medios de difícil aplicación en ciertas industrias, sobre todo las pequeñas de ciertos sectores. Problema que es general, no solo en otras comunidades españolas, sino del resto de países europeos.

*Para obtener la uniformidad de criterios entre los inspectores, se han llevado a cabo varios cursos de formación en esta materia.*

*El problema se traslada a la convalidación de las Industrias, pero que no las deja fuera de ordenación, como dice el escrito, ya que se solventa con rapidez dichas convalidaciones en los casos de necesidad o urgencia».*

El propio Departamento reconoce, implícitamente, los retrasos que se producen con ocasión de las convalidaciones de industrias alimentarias, al declarar que «dichas convalidaciones se solventan con rapidez en caso de necesidad o urgencia». En este punto, debe recordarse al Departamento que, en aras de los principios de eficacia y eficiencia, las convalidaciones deben llevarse a cabo rápidamente en todos los supuestos y no únicamente cuando se produzcan situaciones de necesidad o urgencia.

Por ello, en lo relativo a la obligación de autorizar a las industrias alimentarias en tiempo y forma, consideramos que el Departamento no está llevando a cabo esta función con la prontitud y eficacia debida, lo que viene a ser mera consecuencia de la débil organización a que hemos hecho referencia.

#### 4.- Otras condiciones de trabajo.

Por último, los interesados denuncian las inadecuadas condiciones de los centros de trabajo donde tienen que desarrollar su actividad; que la formación continua es inexistente; que no se contrata personal para cubrir las bajas o vacaciones sino que se encarga a otros compañeros la asunción de las labores del ausente; y que no perciben las retribuciones correspondientes a los excesos horarios.

Entendemos que estas cuestiones son puramente internas, aunque su indebido tratamiento pueda repercutir en otros ámbitos, por lo que deben abordarse tras la redefinición de la organización y plantilla necesarias para prestar el servicio, que, como hemos ido señalando, no se corresponden con las importantes funciones que asigna el ordenamiento jurídico a la Inspección de Salud Pública.

En consecuencia, efectuamos **RECOMENDACIÓN** al Departamento de Salud para que proceda a estudiar y rediseñar la organización y normas de funcionamiento de la Sección de Inspección de Salud Pública e Higiene Alimentaria, del Instituto de Salud Pública, conforme a las normas que son de aplicación y a los principios de eficacia y eficiencia, y le dote de medios suficientes para que pueda cumplir las funciones asignadas por el ordenamiento jurídico en materia de salud pública alimentaria, en especial la inspección.

La Consejera del citado Departamento nos trasladó, a la vista de la indicación efectuada, que se estaban adoptando las medidas oportunas para, en su caso, proceder a cuantas mejoras sean necesarias en dicha Sección.

## PRESTACIONES SANITARIAS

### SOLICITUD DE APERTURA DE CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN PARA LA MUJER EN ZONA DE CINCO-VILLAS.

Una Asociación de Mujeres de Bera de Bidasoa formulaba una queja (**expte. 02/37/S**) ante la necesidad que consideraban existía de apertura de un centro especializado de atención para la mujer en la zona de Bortziriak-Cinco Villas.

Nos informaba su Presidenta que la localidad de Bera está dotada de Centro de Salud, Residencia de Ancianos, Casa de Cultura, etc., pero que la Asociación que representa considera que hay otras demandas que todavía no están cubiertas y que son necesarias para la salud y calidad de vida de todas las personas. En concreto señalan que la zona no dispone de un centro especializado de atención a la mujer que en otros lugares de Navarra ofrecen servicio de ginecología, información y asesoramiento de métodos anticonceptivos así como el servicio de atención al paciente, entre otros servicios. Expone que el centro más próximo se encuentra en la localidad de Elizondo, a 40 kms., con los inconvenientes que ello acarrea al no existir líneas de autobuses, por lo que entiende razonable su petición al haber más de 3.000 mujeres en la zona de Bortziriak-Cinco-Villas.

En este caso nos dirigimos al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra interesándonos sobre la planificación que se estaba llevando a cabo para tener cubiertas estas necesidades y como se contemplaba en un futuro el desarrollo de este tipo de servicios en la zona de Bortziriak-Cinco-Villas.

Tras haber sido remitidos dos informes por el citado organismo, que precisaron otras tantas peticiones de información complementaria para obtener los datos concretos que precisamos para poder conocer el tema, se nos remitió definitivamente la siguiente contestación:

*“El CAM de Elizondo es una Subunidad dependiente del CAM de Burlada y se encuentra ubicado en el Centro de Salud de Elizondo, teniendo como referencia para la atención toco-ginecológica, de planificación familiar y educación sexual, a las Zonas Básicas de Elizondo, Lesaka y Santesteban.*

*Cuenta con la siguiente población -mujeres- por tramos de edad (según datos facilitados por el Departamento de Salud-Año 2001):*

Por su parte, según otras fuentes del Departamento de Salud, las cifras de población referidas al 1/01/01 de la Zona Básica de Lesaca son de 3.959 mujeres:

- Vera de Bidasoa	1.751 mujeres
- Lesaca:	1.264 mujeres
- Igantzi:	288 mujeres
- Arantza:	284 mujeres
- Etxalar:	372 mujeres

*El centro cuenta con el siguiente personal*

*Un Ginecólogo a tiempo completo*

*Una Enfermera a tiempo completo que realiza labores de enfermería y de matrona*

*Una enfermera a tiempo parcial (21 horas semanales) que realiza labores de matrona*

*Una Auxiliar Administrativa a tiempo completo*

*La matrona se desplaza a Lesaca para impartir cursos de preparación al parto cuando tiene posibilidad de hacer un grupo.*

*El horario de atención al público es de 8 a 15 horas todos los días (salvo los salientes de guardia y los días de quirófano, en los que no hay consulta ginecológica)*

*La actividad de consultas realizada durante el año 2001 y durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2002, ha sido la siguiente:*

OBSTETRICIA	Año 2001:	878 consultas (5,6 ctas/día)
	Año 2002	705 consultas (5,0 ctas/día)
GINECOLOGÍA	Año 2001:	2.183 consultas (13,8 ctas/día)
	Año 2002	2.080 consultas (14,9 ctas/día)
GINE+OBSTETR.	Año 2001:	3.121 consultas (19,4 ctas/día)
	Año 2002	2.940 consultas (19,9 ctas/día)

*A 12/02/2003 el CAM de Burlada (donde se incluye Elizondo), tiene una Lista de Espera Quirúrgica de 18 pacientes y 69 días de espera media para una intervención no preferente.*

*En cuanto a la Lista de Espera de Consultas es necesario indicar que dado que en las consultas médicas de los CAM se atiende en la misma agenda Obstetricia, Ginecología patología, Ginecología prevención y Planificación Familiar; no se tiene actualmente desglosada, ni la actividad, ni la lista de espera por prestación. Por ello la lista de espera es muy relativa. Lo que si es cierto es que tanto las primera visitas de Obstetricia, como las de Ginecología-patología se citan en una semana, previa valoración del volante por parte del Ginecólogo del centro.*

Según la información de la que disponemos podemos decir que para una primera consulta se esperan 26 días (aquí se incluye la Prevención del Cáncer Ginecológico) y para una revisión, 4 días.

Por otra parte, para conocer el origen de las usuarias que acuden al CAM de Elizondo se ha realizado un muestreo eligiendo al azar 10 días durante el mes de Septiembre de 2002, en ellos se ha anotado la población de procedencia de todas y cada una de las usuarias que han acudido a la consulta del Ginecólogo, obteniéndose los siguientes resultados:

LOCALIDAD	Nº CONSULTAS	%
Elizondo	45	23
Lesaka	29	15
Vera de Bidasoa	21	11
Doneztebe	15	8
Irurita	11	6
Ziga	6	3
Ornoz	5	3
Donamaria	5	3
Urroz	5	3
Arizcun	5	3
Zugarramurdi	4	2
Narbarte	4	2
Errautxu	4	2
Igantzi	3	2
Etxalar	3	2
Urdax	3	2
Sumbilla	3	2
Zubieta	2	1
Escurra	2	1
Azpilicueta	2	1
Resto	17	5
<b>Totales</b>	<b>194</b>	<b>100</b>

De las 194 consultas atendidas en el periodo comentado anteriormente, prácticamente el 50% corresponde a usuarias cuya localidad de residencia es Elizondo (23%), Lesaka (15%) y Vera de Bidasoa (11 %).

Si tenemos en cuenta que durante el año 2001 se realizaron en el CAM de Elizondo 3.121 consultas, si le aplicamos el Índice Sucesivas / Primeras habida en ese centro ( $S/P=0,54$ ); el número de pacientes que teóricamente procede de cada una de éstas localidades en un año, es la siguiente:

Además de la consulta médica, se realizan otro tipo de actividades, como pueden ser consultas de Matrona, Enfermería y Educación.

Esta última realiza sesiones de Educación para la Salud en el mismo centro, en colegios, institutos, asociaciones de mujeres, etc.

*También la matrona imparte clases de preparación al parto en el CAM de Elizondo y en Lesaka (cuando hay un número de gestantes suficiente: 3-4 grupos al año)”.*

Para dar respuesta a la petición planteada en esta queja hicimos referencia a la normativa que actualmente rige en Navarra en el ámbito de las prestaciones sanitarias en Tocoginecología, Planificación Familiar y Educación Sexual, que se ha formulado mediante el Decreto Foral 259/1997, de 22 de septiembre.

Conforme al artículo 2.º de esta norma las prestaciones exigibles a la red pública son las siguientes:

*“-Asistencia sanitaria a las enfermedades tocoginecológicas y a los trastornos tanto del ciclo menstrual como del climaterio.*

*-Diagnóstico, atención precoz y seguimiento sanitario del embarazo, así como vigilancia de los factores de riesgo para la madre y para el feto, garantizando la continuidad de la información referente al embarazo hasta el momento y lugar del parto.*

*-Disponibilidad de un documento maternal de carácter personal, donde se reflejen las revisiones periódicas durante el embarazo.*

*-Educación maternal, preparación al parto e información sobre el parto con técnicas de analgoanestesia para una elección responsable del mismo.*

*-Atención al parto en centro hospitalario, facilitando su participación como protagonista de su propio parto así como el acompañamiento por una persona de su confianza durante el parto no distócico.*

*-Garantizar el consentimiento informado de la mujer en los procesos clínicos y en las intervenciones no estrictamente necesarias desde un punto de vista asistencial y que pueden obviarse sin perjuicio para su salud o la del niño.*

*-Atención sanitaria a domicilio durante el puerperio.*

*-Información para la elección de un método anticonceptivo. Indicación, aplicación, control y seguimiento de los diferentes métodos, incluidos vasectomías y ligaduras de trompas.*

*-Educación sexual individual y grupal.*

*-Información, asesoramiento, apoyo psico-socio-emocional y gratuidad en los casos de práctica de Interrupción Voluntaria del Embarazo en las condiciones y con los requisitos legalmente establecidos, garantizando la máxima rapidez y confidencialidad en todo el proceso.”.*

Estas prestaciones se complementan con otras dirigidas a detectar grupos de riesgo y prevenir el cáncer de mama y de cuello de útero.

El Sistema Sanitario Público de Navarra asume estas prestaciones a cuyo efecto el reglamento desarrolla un modelo organizativo que integra y coordina los recursos materiales y humanos existentes. En este modelo se integran el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen del Camino de Pamplona y similares unidades de los Hospitales Reina Sofía de Tudela y García Orcoyen de Estella, que prestan el servicio más especializado en esta materia, y los Centros de Atención a la Mujer, que se encuadran orgánica y funcionalmente en aquellos, según el Área de Salud donde se encuentren.

Respecto a los Centros de Planificación Familiar y Educación Sexual (COFES), la norma establece la posibilidad de que apoyen a los Centros de Atención a la Mujer, al ser idénticas muchas de las funciones que realizan ambos organismos, y de que podrán continuar desarrollando sus programas específicos e, incluso, asumir funciones de los Centros de Atención a la Mujer.

Posteriormente, mediante Decreto Foral 119/1999, de 19 de abril, se decidió integrar los COFES del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en los Centros de Atención a la Mujer, de modo que en la actualidad esa integración es efectiva.

En el anexo 1 del Decreto Foral 259/1997 se relacionan los 9 Centros de Atención a la Mujer que existen en Navarra (Burlada, 5 en Pamplona, Tafalla, Estella y Tudela), también se especifican los Centros de Salud donde quedan ubicados y las zonas básicas a las que prestan servicio. Asimismo, se señalan las subunidades que se han creado en aquellas zonas demasiado alejadas de las localidades donde se ubican los Centros de Atención a la Mujer (Elizondo, Sangüesa, Lodosa-San Adrián y Etxarri-Aranatz). Por consiguiente la localidad de Bera se encuentra atendida por la subunidad de Elizondo por pertenecer a la Zona Básica de Salud de Lesaca, teniendo dicha subunidad su sede en el Centro de Salud de Elizondo.

A la vista de estos datos podemos deducir como conclusión que los Centros de Atención a la Mujer están situados en las localidades que tienen mayor población o que son, geográficamente, cabeceras de zonas de influencia de varias poblaciones limítrofes o cercanas. En realidad la gran mayoría de las localidades de Navarra carecen de este servicio en su término municipal, por lo que sus vecinos han de desplazarse a las cabeceras que hemos señalado, fijadas por el Decreto Foral 259/1997. Además, para completar toda la información, señalaremos que existen dos COFES municipales que fueron implantados por los Ayuntamientos de Orcoyen y Berriozar, que se financian al margen de la red pública del Gobierno de Navarra, aunque reciben algunas ayudas forales.

A diferencia de los Centros de Salud, que cubren la atención primaria y, que por ello se encuentran ubicados relativamente cerca del ciudadano, los Centros de Atención a la Mujer han de calificarse como unidades de asistencia especializada, de ahí que estén directamente vinculados a los servicios de obstetricia y ginecología de los hospitales referidos. Este tipo

de asistencia requiere dotaciones materiales y medios humanos más especializados, lo que obliga a que su implantación se realice con las mayores garantías para la salud, pero respetando, al mismo tiempo, el principio de eficiencia del gasto pues las necesidades públicas son muchas y los recursos económicos limitados.

No sería aconsejable implantar estos servicios considerando como punto de partida la población de mujeres de Bera y localidades limítrofes, esto es, 3.784 personas, que supone el 38% de toda la población femenina de la subunidad de Elizondo, que tiene en total 9.750 mujeres. Esta población sí justifica que haya un ginecólogo, una matrona, una enfermera a tiempo parcial y un auxiliar administrativo, que es el personal que presta el servicio a toda la subunidad, como también fundamenta que se haya dotado al centro donde se atiende de las debidas instalaciones, del instrumental necesario y demás medios materiales que precisan los profesionales para prestar sus servicios.

No consideramos que dividir esa plantilla y habilitar debidamente otro lugar similar en una de las localidades de Bortziriak-Cinco Villas sea una buena medida aunque pueda parecer más cómoda y cercana a las usuarias de Bera, pues parece preferible que haya menos Centros de Atención a la Mujer bien dotados de medios materiales y humanos, que muchos implantados deficientemente, pues lo que en primer lugar se ha de garantizar en esta materia es indiscutiblemente la salud.

Cuestión distinta es el modo en que se prestan los servicios de Tocoginecología, Planificación Familiar y Educación Sexual, que están desarrollados en el artículo 2º del Decreto Foral 259/1997, de 22 de septiembre, y que hemos reseñado anteriormente. Al respecto nos dice el informe de la Administración que la única actividad que se realiza en grupo es la preparación al parto, cuando hay número suficiente de mujeres, lo cual indica que algunas importantes tareas de formación que deberían prestar los Centros de Atención a la Mujer, en especial sobre Planificación Familiar y la Educación Sexual, no se prestan suficientemente. A nuestro juicio, la formación en estas materias no sólo se debe realizar mediante las consultas individuales demandadas por los usuarios, sino muy especialmente mediante cursillos, charlas o actividades educativas dirigidos a las personas interesadas, a cuyo efecto lo lógico es que los profesionales impartan esa formación sistemáticamente, con cierta regularidad, y que se desplacen a tales efectos a la zona donde residan la mayoría de los interesados. También consideramos que corresponde a los Centros de Atención a la Mujer la formación a los menores, especialmente en materia de educación sexual, a cuyo efecto sería procedente que los profesionales de estos centros se coordinaran con maestros y educadores para impartir a los jóvenes, también de modo sistemático y regular, programas de formación en esta materia.

En consecuencia, entendemos que no es posible plantear la apertura de un Centro de Atención a la Mujer en la zona de Bortziriak-Cinco Villas, dado que el número de mujeres residentes no justifica la existencia de un centro de esas características, sin perjuicio de que reco-

mendamos que se organicen de modo sistemático y regular actividades formativas para ser impartidas por los profesionales de los Centros de Atención a la Mujer.

Por lo expuesto, se efectuó al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra una **RECOMENDACIÓN** para que arbitre las medidas necesarias para garantizar que los Centros de Atención a la Mujer impartan, de modo sistemático y regular, acciones formativas a adultos y menores sobre Planificación Familiar y Educación Sexual.

En una primera contestación recibida del Departamento de Salud se nos indicaba que la citada recomendación ya se venía cumpliendo, puesto que tales acciones se desarrollaban en la medida en que eran demandadas por las usuarias del Centro de Atención a la Mujer. Solicitada nueva información sobre estas acciones desarrolladas -con concreción de las que nos indicaba el Departamento- a la asociación autora de la queja a fin de que evaluara la suficiencia de tales medidas y de esta forma determinar el grado de cumplimiento de nuestra indicación, no se nos formuló objeción alguna al respecto por lo que consideramos que la actuación del Departamento se ajustaba básicamente a lo que le indicamos en nuestra recomendación.

## EXIGENCIA DE PAGO DE PRESTACIÓN SANITARIA NO RECIBIDA.

### ANTECEDENTES

La autora de la queja (**expte. 03/95/S**) denunciaba el hecho de que le había sido girada una factura por parte del Servicio Navarro de Salud por una prestación de asistencia sanitaria que, según manifiesta, nunca ha recibido.

Al respecto nos informaba de que el 12 de septiembre de 2002 recibió la factura núm. [...] por una presunta prestación sanitaria de la Unidad del Dolor. Sin embargo la interesada alega que nunca ha recibido dicha asistencia, mas bien al contrario, se le denegó la asistencia médica solicitada.

Al no estar de acuerdo con la citada factura, presentó reclamación el día 1 de octubre de 2002 ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea solicitando la anulación de la misma. Pese al tiempo transcurrido desde entonces, dicha solicitud no recibió contestación alguna, habiendo recibido diversas comunicaciones amenazando embargos de bienes y ejecuciones sobre su patrimonio si no abona la citada factura. Por ello, solicita la intervención de esta Institución para solucionar este problema.

El Departamento de Salud nos remitió el siguiente informe en relación con esta caso:

*«Con fecha uno de octubre de 2002, Doña [...] presenta un escrito en el Departamento de Presidencia, Justicia e Interior en el que solicita la*

*anulación de la factura [...] alegando que se le está facturando “unas prestaciones médicas que se han negado a efectuarlas”.*

*Esta factura corresponde a una consulta de la Unidad del Dolor del Hospital de Navarra del dieciocho de diciembre de 2001.*

*Con fecha once de octubre de 2002, el citado escrito fue remitido al SNS-Osasunbidea y, posteriormente, a la Unidad de Facturación del Hospital de Navarra.*

*Con fecha de veintidós de octubre de 2002, la Sección de Administración del Hospital de Navarra comprueba que en el Libro de Registro de la Unidad del Dolor, el día dieciocho de diciembre de 2001 figura la consulta como no realizada, concretando “no vino”.*

*Por el tiempo transcurrido no podemos asegurar cual es el motivo por el que no se hizo la consulta: no acudió, como consta en el Libro de Registro o no “le quisieron prestar la asistencia médica” como asevera la interesada.*

*Con fecha de cinco de marzo de 2003 se celebra la Comisión de Facturación del Hospital de Navarra en la que, entre otros, se acuerda: anular la factura [...].*

*Este fue el primer caso tratado en la Comisión (la anterior se celebró el 14 de octubre de 2002) pues se había observado un problema en el sistema informático: algunas consultas programadas pero no realizadas en el Centro de Consultas Externas “Príncipe de Viana” no se anulan automáticamente.*

*Desde la Sección de Atención al Paciente se envió un correo al Subdirector de Coordinación Ambulatoria con el fin de promover las oportunas actuaciones para evitar estos errores.*

*Resumiendo, a fecha de hoy, podemos afirmar que la factura [...] ha sido anulada si bien, teniendo presente la tramitación seguida, desde el Hospital de Navarra no existe constancia de que Doña [...] haya sido informada por escrito de esta situación».*

## **ANÁLISIS**

En el presente supuesto nos encontramos con una falta de contestación del Departamento de Salud, dentro de los plazos que la normativa de aplicación establece al efecto, a una reclamación presentada por una ciudadana.

La Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en su redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y, en particular, en su art. 42, prevé que “la Administración está obligada a dictar resolución expresa en todos los procedimientos y a notificarla cualquiera que sea su forma de iniciación”

Por tanto, la Administración debe dar contestación formal, dentro del plazo establecido al efecto, a la pretensión inicial formulada pues está obligada a dictar resolución expresa, dentro de dicho plazo, a cuantas solicitudes o reclamaciones le formulen los ciudadanos. No debe olvidarse a tal efecto que el primer principio al que el constituyente sometió en su actuación a la Administración (art. 103 CE) fue el de la eficacia, que, obviamente, significa la conclusión, mediante resolución expresa, motivada, y en el plazo establecido, de los procedimientos administrativos.

Tomando como referencia la propia Exposición de Motivos de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, cabe afirmar que:

«La Ley introduce un nuevo concepto sobre la relación de la Administración con el ciudadano, superando la doctrina del llamado silencio administrativo. Se podría decir que esta Ley establece el silencio administrativo positivo cambiando nuestra norma tradicional. No sería exacto. El objetivo de la Ley no es dar carácter positivo a la inactividad de la Administración cuando los particulares se dirijan a ella.

El carácter positivo de la inactividad de la Administración es la garantía que se establece cuando no se cumple el verdadero objetivo de la Ley, que es que los ciudadanos obtengan respuesta expresa de la Administración y, sobre todo, que la obtengan en el plazo establecido. El silencio administrativo, positivo o negativo, no debe de ser un instituto jurídico normal, sino la garantía que impida que los derechos de los particulares se vacíen de contenido cuando su Administración no atiende eficazmente y con la celeridad debida las funciones para las que se ha organizado. Esta garantía, exponente de una Administración en la que debe de primar la eficacia sobre el formalismo, sólo cederá cuando exista un interés general prevalente o, cuando realmente, el derecho cuyo reconocimiento se postula no exista».

En este primer aspecto relativo a la obligación de resolver dentro de los plazos establecidos, la actuación del Departamento de Salud ha infringido claramente la normativa anteriormente citada. Basta para ello comprobar que la interesada presentó, el 1 de octubre de 2002, un escrito solicitando la anulación de la factura [...].

El Departamento, pese a tener conocimiento desde el 22 de octubre de 2002 que la consulta médica, en base a la cual se reclama el importe de la factura, no había sido efectivamente realizada, no realizó comunicación alguna a la interesada dejando sin efecto la factura. Además, el día 5 de marzo de 2003 la Comisión de Facturación acordó la anulación de la cantidad reclamada al comprobar, que efectivamente, se pudo tratar de un error informático. Sin embargo, el Departamento no comunicó a la interesada la anulación de la factura cuando debía de haberle transmitido la misma contestación que se ha trasladado a esta Institución, lo cual motivó que [...] se viera obligada a iniciar el presente procedimiento de queja buscando una solución. Por ello, tal y como hemos tenido ocasión de manifestar en anteriores

ocasiones cuando se ha producido esta falta de contestación a escritos presentados por los interesados ante la Administración, se efectuó al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra **RECORDATORIO DE DEBERES LEGALES** en el sentido de que comunique a la interesada, fehacientemente, la anulación de la factura objeto de la presente queja.

La Consejera del citado Departamento nos informó de la aceptación de dicho recordatorio así como de que, con la misma fecha, se había efectuado la correspondiente comunicación a la Dirección del Hospital de Navarra para que se notificase a la interesada fehacientemente la anulación de la factura objeto de la presente queja.

## REINTEGRO DE GASTOS GENERADOS POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN CENTRO PRIVADO.

### ANTECEDENTES

La autora de la queja (**expte. 03/96/S**) presentó la misma como consecuencia de la denegación por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de la financiación de una operación quirúrgica denominada “fleboesclerosis con microespuma”, a realizar en la Clínica Universitaria, a fin de solucionar el grave problema de varices que sufre.

La interesada nos informaba que padece varices de grado III desde 1988 y que pese a la gravedad de sus lesiones vasculares y el riesgo constante que corre su salud, los facultativos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea le han desaconsejado someterse a una intervención quirúrgica común debido a su complejo cuadro clínico, ya que está afectada por la enfermedad de Von Willebrand en grado leve y esta dolencia puede provocar que durante la operación surjan importantes complicaciones.

A la vista de que el sistema público no le proporcionaba una solución satisfactoria, en el mes de enero de 2003 acudió a la Clínica Universitaria donde le informaron de la existencia de un nuevo procedimiento terapéutico denominado «fleboesclerosis con microespuma», especialmente indicado para pacientes con historiales médicos como el suyo en los que una operación quirúrgica estaba contraindicada por los efectos secundarios que pudieran aparecer.

Posteriormente acudió a su médico de cabecera, el cual recomendó esta intervención y remitió a la interesada al Servicio de Prestaciones y Conciertos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para que autorizase el tratamiento en la Clínica Universitaria. El 2 de mayo de 2003 el citado Servicio denegó su solicitud alegando que la misma no se encontraba incluida en el marco del Concerto de Asistencia Sanitaria vigente con este centro privado.

Solicitada la correspondiente información al Departamento de Salud sobre este caso, se nos informó lo siguiente al respecto:

*“De los informes que en el Servicio de Prestaciones y Conciertos se conocen de la paciente, cabe, salvo mejor criterio, extraer las siguientes conclusiones, en razón de las cuales le fue denegada la solicitud para ser sometida en la Clínica Universitaria de Navarra, a la técnica denominada “fleboesclerosis con microespuma” de las varices que presenta:*

- 1°.- En ningún momento puede alegarse desatención por parte de los especialistas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que han asistido a la paciente, sino que por parte de los mismos se le ha informado que la intervención puede conllevar riesgos al padecer una Enfermedad de Von Willebrand en grado leve, por lo cual de ser sometida a la misma, debería serlo en un Centro Sanitario que contase con Servicio de Hematología.*
- 2°.- En el Hospital de Navarra existe Servicio de Cirugía Cardio-Vascular y de Hematología.*
- 3°.- La paciente, por decisión propia y de forma privada, acude a la Clínica Universitaria de Navarra, donde le proponen un tratamiento mediante “fleboesclerosis con microespuma”.*
- 4°.- La mencionada técnica, dada su novedad, no nos consta que cuente con la evidencia científica suficiente, circunstancia que habitualmente nos remite la Agencia de Evaluación de Tecnologías, del Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.*
- 5°.- En razón del apartado anterior, es una técnica no concertada con la Clínica Universitaria de Navarra.*
- 6°.- Al ser una indicación derivada de una consulta realizada de forma privada, de una técnica no concertada con la Clínica Universitaria de Navarra y de la cual no se dispone en la actualidad de evidencia científica, fue denegada su derivación”.*

## **ANÁLISIS**

La cuestión que se venía a plantear en la presente queja era la de determinar si el sistema público de salud tiene la obligación de financiar técnicas quirúrgicas novedosas, realizadas en un centro médico privado, ante la falta de solución ofertada por los facultativos del sistema público para resolver un problema de salud.

Aunque en el informe del Departamento se nos indica que el sistema público podía haber dado solución al problema de salud de la reclamante, pues el Hospital de Navarra cuenta con Servicios de Cirugía Cardio-Vascular y de Hematología, y que, aun así, la paciente decidió

por su cuenta acudir a la Clínica Universitaria de Navarra, donde le trataron sus dolencias mediante la técnica “fleboesclerosis con microespuma”, lo cierto, en honor a la verdad reflejada en los informes emitidos por los cirujanos cardiovasculares del Hospital de Navarra, es que no se le solucionó su problema médico por las dificultades que presentaba el caso.

Así, desde un primer informe del doctor [A] de 10 de mayo de 1990, ya se indica a la señora [...] que no debía ser intervenida quirúrgicamente, debido a padecer la enfermedad de “Von Willebrand”, salvo que fuera absolutamente imprescindible la intervención. En un informe posterior del doctor [B] de fecha 6 de mayo de 1996 se advierte de que la intervención solo se puede llevar a efecto en centros sanitarios que tengan Servicio de Hematología, como el Hospital de Navarra. El mismo doctor [A] insiste en un segundo informe de fecha 18 de junio de 1996 en que no es recomendable la operación. Tampoco el doctor [C] en su informe de 7 de diciembre de 1999 aconseja que se realice la intervención. De igual modo el doctor [D], facultativo del Hospital de Navarra señala en un informe de 18 de marzo de 2003 que la intervención quirúrgica está “desestimada”. Como tratamiento adecuado el sistema público prescribió la colocación de medias elásticas y cremas hidratantes.

En definitiva, queremos dejar patente que la opción de doña [...] de utilizar servicios médicos privados no ha sido ligera y sin fundamento, sino motivada por la falta de solución a sus graves dolencias circulatorias, que el sistema público no ha sabido resolver, al contrario que la medicina privada.

Partiendo de esta primera conclusión derivada de los hechos expuestos, abordamos la respuesta negativa de la Administración sanitaria a la financiación de la técnica practicada a la reclamante en el centro sanitario privado.

Señala que la técnica denominada “fleboesclerosis con microespuma” es novedosa, por lo que no cuenta con la evidencia científica suficiente para ser asumida por el sistema público, y que, por ello, no ha sido certificada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías del Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Además, tampoco es una técnica que esté concertada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea con la Clínica Universitaria de Navarra.

Ciertamente, la Ley 14/1986, de 26 de abril, de Sanidad, dispone en su artículo 110 que *“corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria”*, a cuyo efecto se crea el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

También la disposición adicional primera del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema

Nacional de Salud, establece que *“la incorporación de nuevas técnicas o procedimientos diagnósticos o terapéuticos (...) deberá ser valorada, en cuanto a su seguridad, eficacia y eficiencia, por la Administración sanitaria del Estado”*.

Siendo teóricamente correcto con carácter general lo que afirma el informe del Departamento de Salud, no podemos, sin embargo, admitir como respuesta final que el sistema público sanitario carezca de soluciones para resolver de una forma válida y suficiente el problema que nos ha expuesto la señora [...]. No debe olvidarse de que se trata de curar una enfermedad muy común en las personas mayores, especialmente mujeres. Es tan común que el sistema ha procurado poner los medios adecuados para resolver eficazmente la mayoría de los casos. La curación de esta enfermedad está comprendida, lógicamente, en la relación de prestaciones de la Seguridad Social.

Sin embargo, en el caso de la reclamante se daba un factor que dificultaba seriamente la solución tradicional quirúrgica, la conjunción con otra enfermedad, la enfermedad de Von Willebrand en grado leve, que podía provocar que durante la operación surgieran importantes complicaciones. El informe del doctor [A] de fecha 18 de junio de 1996 alude a que las complicaciones que la intervención *“puede presentar, pueden ser muy serias”*.

En definitiva, solo cabía encontrar otra solución clínica que no fuera la operación de las varices del modo tradicional, pues los facultativos del sistema público que la tenían que practicar avisaron con reiteración que era bastante peligrosa para la paciente, con lo que queda patente que la curación no era posible con este método, o que, si lo era, había que arriesgar la salud bastante seriamente.

Ante esta situación, la reclamante no tenía más opción que poner en peligro su salud o bien buscar otra solución que, a la postre, se ha demostrado eficaz. Si el sistema público no ha podido resolver una enfermedad tan común como las varices, con la complicación añadida que refieren los informes médicos, debe asumir, cuando menos la financiación de una prueba que ha sido eficaz. Lo dicho no quiere decir que deba implantar la técnica de “fleboesclerosis con microespuma” si aun no hay evidencias científicas de su validez, pero sí debe asumir los costes de la técnica que ha curado el grave problema de una paciente que era usuaria del sistema público de salud y que, por tanto, tenía derecho a ser atendida hasta su total curación, si ésta fuera posible. Debemos añadir que la señora [...] en todo momento intentó encontrar una solución en el sistema público y que, una vez comprobado que no se le aportaba, acudió a informarse a un centro privado sobre otras técnicas y luego intentó que el sistema público se hiciera cargo de los costes de la nueva técnica, siguiendo los procedimientos exigibles en esta materia.

Por lo expuesto, se efectuó al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra una **RECOMENDACIÓN** para que se hiciese cargo de los costes del tratamiento seguido en la Clínica Universitaria de Navarra por doña [...], para su curación de varices.

En contestación a nuestra indicación recibimos la correspondiente contestación de la Consejera del citado Departamento en la que explica que no se puede atender la recomendación que efectuamos por las razones ya expuestas en su anterior informe.

Tras recordarle a la citada Consejera que nuestro pronunciamiento se basaba en el hecho de que el sistema público de salud no había podido resolver una enfermedad tan común como las varices, que era la afección de la reclamante, le manifestamos, como así lo hacemos, que dejaríamos constancia de ello en nuestro informe anual, tal y como lo dispone nuestra ley reguladora.

## DENEGACIÓN DE RENOVACIÓN DE TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA A RESIDENTE EN NAVARRA.

### ANTECEDENTES

La autora de la queja (**expte. 03/107/S**) denunciaba la denegación de la renovación de su Tarjeta Individual Sanitaria por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Al respecto nos informaba que reside en Navarra desde 1973, primero en Tudela y, desde 1.995, en Murchante. En 1.998 se incorporó a su puesto de trabajo actual como Auxiliar de Enfermería en el Hospital [...] de Zaragoza, elección motivada por encontrarse más cerca de su residencia familiar en Murchante.

Indica que en marzo de 2003 se percató de que tenía caducada su Tarjeta Individual Sanitaria, por lo que acudió al Centro de Salud de Murchante donde le comunicaron que debía demostrar su residencia en Navarra mediante un certificado de empadronamiento, una fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social y un certificado de su centro de trabajo donde se especificara que su residencia habitual está en Navarra.

El 15 de mayo recibió una resolución de la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud que denegaba la expedición de la Tarjeta Individual Sanitaria en tanto no acreditase, mediante cualquier medio de prueba admitido en Derecho, su residencia efectiva en Navarra.

La interesada considera injusta dicha denegación, ya que ha demostrado estar empadronada en Murchante y que hace su declaración del I.R.P.F en Navarra. Añade que desde entonces se encuentra en estado de ansiedad debido a su situación de desamparo en caso de que cayese enferma.

El Departamento de Salud, en relación con este caso, nos informó lo siguiente:

«Durante el mes de Septiembre del año 2000 y con ocasión de las depuraciones sistematizadas que se realizan en la Base de Datos Sanitaria se comprobó que D<sup>a</sup>. [...] constaba de alta en la base de datos de Tesorería de la Seguridad Social en la provincia de Zaragoza y tenía emitida la Tarjeta Individual Sanitaria del Servicio Navarro de Salud con una fecha de caducidad de febrero 2003.

En ese mismo mes se comunicó al consultorio de Murchante y al Centro de Salud de Cascante que la citada Sra. [...] debería tener, a efectos administrativos, la consideración de “desplazada en Navarra”, estando recibiendo dicha asistencia sanitaria desde la citada fecha; asimismo se informa que para la renovación de la citada tarjeta sanitaria deberá acreditar su residencia efectiva en Navarra.

Posteriormente, llegada la fecha de renovación de la tarjeta sanitaria, la misma no se generó al no haberse acreditado la residencia efectiva en un Municipio de la Comunidad Foral y manteniéndose la situación anteriormente comprobada de alta como activo de Seguridad Social en la Dirección Provincial de Seguridad Social de Zaragoza.

Ante la insistente demanda de la renovación de la tarjeta sanitaria tanto, por parte del personal del consultorio de Murchante, como por la propia Sra. [...], mediante las múltiples llamadas efectuadas a la Sección de la Tarjeta Individual Sanitaria, se vuelve a informar de su situación y se le vuelve a indicar que tiene que acreditar su residencia efectiva mediante cualquier medio de prueba admitido en Derecho, y que la documentación aportada por ella, hasta el momento, (certificado de empadronamiento en Murchante y escrito del Hospital [...] de Zaragoza, donde constaban dos domicilios), no constituía prueba definitiva de su residencia efectiva en Navarra.

Con fecha 9 de mayo de 2003 se emite resolución de la Jefa de Servicio de Organización de la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental, denegando la expedición de una nueva tarjeta sanitaria de Navarra, significándole que contra la citada resolución podía interponer reclamación previa.

Con fecha 11 de Junio de 2003, D<sup>a</sup> [...] presenta reclamación previa, siendo ésta remitida al Servicio de Régimen Jurídico para su tramitación y resolución por parte del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud, con fecha de 13 de Junio de 2003.

Por último se desea hacer constar que en ningún momento esta Sra. ha estado o puede llegar a estar, tal y como se cita en el escrito firmado por la Defensora del Pueblo, en situación de “desamparo”, ya que, en ningún caso se le ha denegado o se le podrá denegar la asistencia sanitaria, a la que tiene derecho, como usuaria del Sistema Nacional de Salud al que pertenece. Lo que está en entredicho y pendiente de resolver es si su tarjeta sanitaria la debe emitir Navarra o Aragón. Si, definitivamente, se considera que su residencia habitual está en la provincia de Zaragoza, será el propio Servicio Aragonés de Salud el que le deberá emitir su tarjeta sanitaria, estando en ese

*momento y en el futuro, garantizada plenamente la misma en Aragón y dentro de todo el territorio español (... en Navarra y en el resto de CCAA del país) como usuaria que es del Sistema Nacional de Salud».*

## **ANÁLISIS**

La normativa básica en esta materia está constituida por la Ley Foral núm. 10/1990, de 23 de noviembre de Salud, cuyo punto 1 establece que *«La asistencia sanitaria pública dentro del territorio de la Comunidad Foral se extenderá a todos los ciudadanos residentes en cualquiera de los municipios de Navarra».* Por otra parte, el Decreto Foral 71/1991 de 21 de febrero, sobre universalización de la asistencia sanitaria establece en su artículo 3 a) que uno de los requisitos para ser titular de este derecho es *«estar empadronado como residente en un municipio de la Comunidad Foral y acreditar su residencia efectiva en Navarra».*

Por tanto, el criterio de la residencia en el territorio de la Comunidad Foral de Navarra es determinante para poder ser titular del derecho a la asistencia sanitaria pública en Navarra.

Por ello será preciso determinar en qué supuestos y cómo puede considerarse que los ciudadanos tienen su residencia en un determinado municipio. En este sentido, la interesada alega que su residencia viene acreditada por el Padrón Municipal de Murchante, en el que figura inscrita como vecina, por lo que se debe valorar el alcance probatorio del Padrón Municipal de Habitantes así como de otros medios de prueba para acreditar la residencia efectiva.

La Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local y el Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio por el que se aprueba el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales obligan, la primera en su artículo 15 y el segundo en sus artículos 54.1 y 55, a toda persona residente en España a inscribirse en el Padrón del municipio en el que tenga su vivienda habitual, esto es, en el municipio donde habite más tiempo al año. Mediante esta inscripción se adquiere la condición de vecino del municipio que libremente haya elegido el ciudadano, siendo de esta forma los inscritos en ese Padrón Municipal los vecinos del municipio a todos los efectos.

Según el artículo 16.1 párrafo 2º de la Ley de Bases de Régimen Local y el artículo 53.1 párrafo 2º del Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio que aprueba el Reglamento de Población y Demarcación Territorial *«El padrón municipal es el registro administrativo donde constan los vecinos de un municipio. Sus datos constituyen prueba de la residencia en el municipio y del domicilio habitual en el mismo. Las certificaciones que de dichos datos se expidan tendrán carácter de documento público y fehaciente para los efectos administrativos».* El valor probatorio del padrón está plenamente aceptado por una reiterada y conocida jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Sin embargo, también hay que indicar que la presunción de residencia y domicilio habitual que dimana de la inscripción en el padrón municipal de habitantes es una presunción «iuris tantum», por lo que puede ser desvirtuada con otras pruebas en contrario.

En este caso concreto, el Servicio Navarro de Salud, tras comprobar que la interesada desarrollaba su actividad profesional en Zaragoza, le denegó la renovación de la Tarjeta Sanitaria al considerar que no había demostrado la efectividad de su residencia habitual en Murchante.

Sin embargo, no podemos considerar debidamente denegada la tarjeta por el mero hecho de que la reclamante trabaje en Zaragoza, incluso aunque tenga otro alojamiento en esta ciudad, pues la distancia entre las localidades de Murchante y Zaragoza es inferior a los 100 kilómetros y permite pernoctar en cualquiera de estas localidades o bien trasladarse fácilmente de una a otra, tanto en vehículo propio como en tren o autobús de línea regular desde Tudela, todo ello en menos de una hora, con independencia del medio del transporte que se desee usar. A nuestro juicio, el criterio utilizado por la Administración sanitaria para denegar la concesión de la tarjeta es insuficiente en si mismo, y en este caso no sirve para desvirtuar la presunción «iuris tantum» del padrón municipal, pues no hace insuperables los traslados regulares e incluso diarios al domicilio habitual de Murchante.

Además, hay otro hecho que no puede ser ignorado en este caso, como es que la señora [...] formula su declaración de Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas a la Hacienda Foral. A estos efectos, la residencia habitual se configura como un criterio básico para la exacción por el Gobierno de Navarra del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. La Ley núm. 28/1990, de 26 de diciembre que aprueba el Convenio Económico entre el Estado y la Comunidad Foral de Navarra especifica que las personas físicas tienen su residencia habitual en Navarra cuando permanecen en su territorio mas de ciento ochenta y tres días durante el año natural. Este criterio también lo encontramos en el artículo 45 de la Ley General Tributaria, que establece como criterio determinante del domicilio fiscal de las personas físicas el de la residencia habitual.

En el supuesto examinado en esta queja debe destacarse que la reclamante tiene determinado su domicilio fiscal en Murchante y es contribuyente de la Hacienda Foral de Navarra. Asimismo, la Administración tributaria ha aceptado plenamente a la señora Domínguez como contribuyente pese a conocer, obviamente, que el centro de trabajo donde obtiene sus ingresos se ubica en la ciudad de Zaragoza. La consecuencia jurídica de tal proceder conduce directamente a aplicar la doctrina de actos propios, en cuya virtud nadie puede ir contra sus actos en perjuicio de terceros de buena fe, y menos las Administraciones Públicas. El hecho de que el domicilio fiscal de la interesada se encuentre ubicado dentro de la Comunidad Foral es indicio suficiente para considerar que D<sup>a</sup> [...] reside de modo

efectivo en Navarra, pues así lo acepta la Administración Foral al exaccionarle el I.R.P.F, por lo que no está justificado que se le deniegue la tarjeta sanitaria por no estar domiciliada en Navarra.

Por consiguiente, se consideró pertinente efectuar al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra **RECOMENDACIÓN** para que procediese a renovar la Tarjeta Individual Sanitaria a la autora de la queja ya que no se acreditaba fehacientemente que no tenga su domicilio habitual fuera de Navarra.

La Consejera del citado Departamento nos contestó a dicha indicación manifestándonos que aceptaba la recomendación formulada, remitiéndonos unos días después copia de nueva Resolución del Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud, en la que se revocaba otra anterior denegatoria de la solicitud de la interesada y, por tanto, se estimaba su pretensión y se daban instrucciones para que se le expidiera la Tarjeta Individual Sanitaria.

