

Informe especial al Parlamento de Navarra

**Principales recomendaciones, sugerencias
y recordatorios de deberes legales
formulados al Departamento de Salud**



**Defensor del
Pueblo de Navarra
Nafarroako Arartekoa**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
1. Origen del informe.....	3
2. Contenido y estructura del informe.....	4
II. GARANTÍA DE DERECHOS DE COLECTIVOS VULNERABLES Y DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LAS PRESTACIONES.	6
1. Sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito sanitario psiquiátrico.....	6
2. Adherencia a medicamentos de personas con enfermedades crónicas y escasos recursos.....	10
3. Personas con discapacidad.	12
4. Enfermedades raras y otros colectivos con necesidades específicas.....	14
5. Personas con problemas de drogadicción.....	17
6. Personas internas en el centro penitenciario.....	18
7. Personas mayores y con enfermedad mental en centros residenciales. El ámbito sociosanitario.	20
8. Desplazamientos para recibir asistencia sanitaria. La equidad desde la perspectiva territorial.....	22
9. El servicio sanitario en el medio rural.	24
10. Atención pediátrica en diversas zonas básicas.	26
11. Condiciones de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.	27
12. Prevención del tabaquismo en menores.	29
13. Vacunaciones.	30
III. GARANTÍA DE DERECHOS CON CARÁCTER GENERAL. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA.....	35
1. Esperas en la atención sanitaria. Derecho a la atención en un tiempo adecuado. ...	35
2. Funcionamiento de centros de salud de atención primaria. Escasez de personal sanitario médico y atención por personal de enfermería y personal administrativo.	38
3. Derecho a la libre elección de médico. Derecho a la segunda opinión.....	42
4. Derecho a presentar reclamaciones.....	45
5. Acceso a historia clínica y protección de datos.	46
6. Reproducción asistida.....	47
7. Aspectos de personal.....	52
8. Inspección de centros concertados.	56
IV. LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS: DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES. LA SANIDAD EN EL MEDIO RURAL.	58
1. Las urgencias hospitalarias: derechos y garantías de los pacientes.	58
2. La prestación del servicio público de salud en el medio rural.	63



I. INTRODUCCIÓN.

1. Origen del informe.

Mediante Acuerdo de 21 de octubre de 2024, la Junta de Portavoces del Parlamento de Navarra, solicitó al Defensor del Pueblo de Navarra la elaboración de un informe especial sobre las principales recomendaciones, sugerencias, sugerencias normativas y recordatorios de deberes legales formulados al Departamento de Salud.

El Acuerdo fue comunicado a la institución del Defensor del Pueblo de Navarra a través de un escrito del Presidente del Parlamento de Navarra remitido el 22 de octubre de 2024, acompañado de la solicitud que le precedió, formulada por la Ilma. Sra. D^a Laura Aznal Sagasti, parlamentaria adscrita al grupo parlamentario EH Bildu Nafarroa, promotora de la iniciativa.

La petición, según se hace constar en la solicitud acompañada, se formula en el contexto de la tramitación del proyecto una nueva Ley Foral de Salud y se fundamenta en lo previsto en el artículo 16, letras c) y d), de la Ley Foral 4/2000, de 3 de julio, del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra. Se pretende conocer los principales posicionamientos de la institución dirigidos al Departamento de Salud señalando deficiencias de la legislación, en aras a ser tomados en consideración en la tramitación del proyecto legislativo al que se alude.

El artículo 16 c) de la Ley Foral 4/2000, de 3 de julio, del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, prevé que este podrá “señalar las deficiencias de la legislación formulando recomendaciones a fin de dotar a la actuación administrativa y a los servicios públicos de la necesaria objetividad y eficacia en garantía de los derechos de los administrados”. Se dispone que estas recomendaciones podrán dirigirse al Parlamento de Navarra y a cualquiera de las entidades sometidas a la supervisión de la institución, esto es, a las Administraciones públicas de Navarra.

El artículo 16 d) de la misma ley foral, por su parte, contempla que el Defensor del Pueblo de Navarra puede emitir informes, en el área de su competencia, a solicitud del Parlamento de Navarra o de las citadas Administraciones públicas de Navarra.

Lo solicitado guarda también indudable relación con lo previsto por los artículos 33 y 34 de la Ley Foral 4/2000, en los que se contiene la regulación de las resoluciones del Defensor del Pueblo Navarra (las recomendaciones, sugerencias y recordatorios a los que se alude en la solicitud).

A la vista del objeto y origen de la petición, considerando la institución que lo solicitado tiene encaje en el ámbito de facultades que configura su ley foral reguladora, se ha procedido a la emisión del informe solicitado, conforme a lo que se prevé en los siguientes apartados.



2. Contenido y estructura del informe.

A fin de atender la petición formulada, se recoge en este informe una selección de resoluciones dirigidas al Departamento de Salud sobre diversos asuntos de competencia de este. Todos ellos están incluidos en los sucesivos informes anuales presentados por la institución al Parlamento de Navarra, en los que se recoge el conjunto de la actividad de la institución en ejercicio de su función de supervisión de la actividad administrativa.

La selección de las resoluciones se ha atendido tanto a factores temporales como materiales, en la medida en que se viene a solicitar que se informe sobre los principales pronunciamientos habidos en los últimos años, y se hace referencia tanto a recomendaciones, como a sugerencias y recordatorios.

Por un lado, se ha dado prioridad a pronunciamientos emitidos en los tres últimos años. Sin perjuicio de ello, se han recogido también algunas resoluciones anteriores, bien por su relación con otros pronunciamientos de los últimos años, bien por entender que pueden ser relevantes para la finalidad perseguida.

Por otro lado, conforme a lo pedido, se han recogido sugerencias normativas (aquellos pronunciamientos que, en un sentido más estricto, restringido o acotado, podría entenderse que apuntan de forma más directa e inmediata a “deficiencias” en la legislación), pero también otras resoluciones (recordatorios, recomendaciones o sugerencias) que suscitan cuestiones de orden general susceptibles de ser abordadas, en mayor o menor medida o intensidad, por el legislador.

Se trata, en cualquier caso, de pronunciamientos de la institución que, en todo o en parte, trascienden de los casos concretos analizados (los de las personas que presentaron las quejas correspondientes) y ponen de manifiesto problemáticas de interés público o general respecto de las que cabrían medidas legislativas para abordarlas.

Asimismo, conviene precisar que el parámetro legal de referencia en las resoluciones que se citan no es exclusivamente, ni siquiera principal o mayoritariamente, la vigente Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra. Como es sabido, en la materia sanitaria que nos ocupa, junto a dicha ley foral, que tiene un contenido fundamentalmente estructural y ordenador del sistema sanitario foral, se han ido aprobando otras leyes de especial importancia en lo que concierne a la función específica del Defensor del Pueblo de Navarra, de garantía de los derechos de la ciudadanía, tales como la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, o la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada, normas que, por razón de su objeto, inciden de forma notoria en los análisis que la institución realiza a partir de las quejas de la ciudadanía. También son parámetro de referencia, aunque sea de forma más tangencial, otras disposiciones sectoriales, como la Ley Foral 12/2022, de 11 de mayo, de atención y protección a niños, niñas y adolescentes y de promoción de sus familias, derechos e igualdad, o la Ley Foral 31/2022, de



28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos, que recogen previsiones respecto al derecho a la protección de la salud de estos colectivos, que precisan un especial amparo, y acerca de sus garantías.

En lo que respecta a la estructura del informe, se ha optado por una alternativa que, si bien podría no ser la más habitual u ortodoxa con un criterio doctrinal, es ajustada a la actividad de esta institución garantista de derechos, que presta una especial atención y amparo a los derechos de las personas y colectivos más vulnerables, así como a las situaciones de desigualdad material o falta de equidad. Por ello, se presentan en primer lugar los pronunciamientos emitidos en garantía de los derechos de dichos colectivos, así como del principio de equidad que rige en el acceso al sistema sanitario y lo vertebrado, que cuentan con una importancia cualitativa y cuantitativa especial en el quehacer de esta institución, pasando posteriormente a la exposición de pronunciamientos habidos en garantía de los derechos de la ciudadanía en general.

Se ha de precisar asimismo que se ha optado por no incluir en el informe aquellos pronunciamientos que versan sobre cuestiones específicas relativas a la pandemia de covid-19, muy numerosos en los años 2020 y 2021. Por estar emitidos en una coyuntura excepcional y por referirse esencialmente a la gestión administrativa y a su afección a los derechos de la ciudadanía en esa situación particular, la institución ha considerado que tienen un menor valor para la concreta finalidad perseguida con la petición del informe.

En la parte final del documento se hace una referencia a dos trabajos monográficos en materia de salud en los que esta institución ha participado activamente -concretamente, sobre urgencias hospitalarias, el uno, y sobre sanidad en el medio rural, el otro-. No se trata, en sentido estricto, de resoluciones propias y específicas del Defensor del Pueblo de Navarra, sino de estudios y posicionamientos compartidos con las restantes instituciones de defensoría de los derechos análogas, estatal y autonómicas; pero cabe entender que, por la finalidad del informe solicitado, pueden ser también de interés y relevancia, razón por la que se presentan las principales conclusiones o recomendaciones de dichos trabajos.

Como podrá comprobarse, al final de los distintos apartados del informe, se señalan las referencias del expediente o expedientes correspondientes a los asuntos tratados. Las resoluciones, salvados y protegidos los datos personales, son publicadas en la web de la institución, por lo que las referencias facilitan la ubicación de los casos y una consulta más detallada, si así se considerara conveniente.



II. GARANTÍA DE DERECHOS DE COLECTIVOS VULNERABLES Y DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LAS PRESTACIONES.

Como se ha mencionado, en este primer bloque se recogen los pronunciamientos emitidos en garantía de los derechos de las personas pertenecientes a colectivos vulnerables, así como de la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

1. Sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito sanitario psiquiátrico.

La situación de las personas ingresadas en centros o unidades psiquiátricas no es fuente de muchas quejas -se trata de un colectivo de personas relativamente reducido en términos comparativos y, además, que puede encontrar dificultades para el ejercicio de sus derechos, incluido el de presentar quejas-, pero, cuando se plantean, son merecedoras de una especial atención. Se trata de casos en que la restricción y afección de derechos a las personas interesadas, incluidos los derechos de libertad y la dignidad personal, aun pudiendo estar justificadas, son particularmente intensas, lo que requiere extremar las garantías de tales derechos y el control de las posibles intervenciones administrativas.

Con ocasión de una de las quejas planteadas, la institución resolvió **“sugerir al Departamento de Salud que impulse una norma que regule el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito sanitario y, particularmente, en las unidades psiquiátricas, para una mejor garantía de los derechos de las pacientes”**.

La sugerencia, más allá de lo concluido respecto al caso concreto que la originó, partió de la constatación de la necesidad de procurar una especial protección a personas con enfermedad mental, así como de la inexistencia de una norma que regule, limite y establezca medidas de control respecto al empleo de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito sanitario psiquiátrico, a diferencia de lo que sucede, por ejemplo, en el ámbito de los servicios sociales, donde ya existe una regulación en tal sentido.

Aun existiendo protocolos de actuación aprobados por el Departamento de Salud que, materialmente, pueden tener una función análoga, los mismos no cuentan con la eficacia y publicidad propias de una herramienta legal.

En línea con lo señalado, se recogía en la resolución de esta institución lo siguiente:

“7. Como ha quedado reflejado, la queja se presenta por una persona que recibe atención psiquiátrica, viniéndose a manifestar la disconformidad con las condiciones en que la misma se presta en diversos aspectos. Se alude, en particular, a las situaciones padecidas durante los ingresos hospitalarios para recibir dicha atención (diecisiete ingresos en los últimos cinco años, según se expone), y la forma en que se decidieron y realizaron sujeciones físicas.”



8. La Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, se refiere, en sus artículos 19 y siguientes, a los derechos de los colectivos más vulnerables.

El artículo 19.1 dispone que:

“De conformidad con el principio de humanización de la asistencia sanitaria, tanto profesionales como centros sanitarios que atiendan a personas usuarias que pertenezcan a colectivos que merezcan una especial protección, tales como personas mayores, personas con discapacidad, personas que padecen trastornos mentales, en especial cuando se encuentren en situación de dependencia, menores de edad, personas con enfermedades crónicas, enfermedades raras, terminales, víctimas de maltrato, drogodependientes, inmigrantes, colectivos en riesgo de exclusión social como las minorías étnicas y, en general, grupos concretos en riesgo de exclusión social, deberán procurar una atención personalizada y adecuada a sus circunstancias personales, que favorezca el respeto y cumplimiento de los derechos de esta ley foral”.

Los artículos 21 y 22 de la ley foral se refieren a los derechos de las personas con enfermedad mental y a las garantías en su asistencia.

9. Esta institución del Defensor del Pueblo de Navarra tiene atribuida la función tanto de defensa como de mejora del nivel de protección de los derechos reconocidos por la Constitución y la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra (artículo 1 de la Ley Foral 4/2000). El artículo 16 de la misma ley foral habilita al Defensor del Pueblo de Navarra para señalar las deficiencias de la legislación, formulando recomendaciones a fin de dotar a la actuación administrativa y los servicios públicos de la necesaria objetividad y eficacia en garantía de los derechos de los administrados.

10. En relación con las sujeciones físicas y farmacológicas practicadas en unidades psiquiátricas de centros sanitarios, podría ser pertinente impulsar y aprobar una normativa específica, con el rango que corresponda, a fin de mejorar las garantías de los pacientes y el control del respeto a su dignidad y derechos constitucionales.

Según se ha comprobado en la presente actuación, el Departamento de Salud cuenta con protocolos o instrucciones relativas a este ámbito, pero, por la trascendencia notable de este tipo de intervenciones para los derechos de los pacientes, podría ser más adecuado aprobar una normativa que regule y tase dichas intervenciones, y que contemple los mecanismos de garantía correspondientes para velar por tales derechos.

11. En el Boletín Oficial del Estado de 11 de febrero de 2022, figura publicada la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.

En dicha instrucción, se señala que “no existe una normativa específica reguladora de las contenciones a nivel estatal” y se recoge la normativa autonómica dictada al respecto, apreciándose por esta institución que, con generalidad, la misma se refiere al ámbito de los servicios sociales residenciales, y no al de los centros sanitarios o unidades psiquiátricas.

En la citada instrucción de la fiscalía, se recogen una serie de conclusiones que vienen a guiar las actuaciones de supervisión de los fiscales en la materia y a sentar los principios y garantías por los que se ha de velar:

(...)

12. En el caso de Navarra, fue aprobado el Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra.



La norma desarrolla previsiones de la Ley Foral de Servicios Sociales y tiene por objeto “regular el uso de sujeciones físicas o tratamientos farmacológicos y otras medidas relacionadas con ellas, dentro del respeto a los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales residenciales y de atención diurna de la Comunidad Foral de Navarra”.

Se recogen los principios básicos que disciplinan las actuaciones, así como los procedimientos y garantías.

13. A criterio de esta institución, como se ha apuntado, podría ser adecuado que se impulsara una norma análoga en cuanto a su finalidad a la citada instrucción y al decreto foral, referida al ámbito sanitario y, en particular, a las unidades de psiquiatría, con las modulaciones que, eventualmente, sean pertinentes en función de las características de la atención a los pacientes, en mejor garantía de los derechos de estos.

Por ello, se formula una sugerencia al Departamento de Salud, en el sentido apuntado.

En relación con esta misma problemática, a raíz de otra queja presentada, se resolvió **“recordar al Departamento de Salud el deber legal de asegurar que la adopción de medidas que conlleven la inmovilización del paciente se desarrolle en el grado mínimo imprescindible y necesario para lograr la finalidad perseguida con dichas medidas, debiendo sustituirlas en cuanto sea posible por otros tratamientos alternativos menos limitativos de la libertad física del paciente, para lo que se deberá realizar un seguimiento adecuado de las medidas adoptadas”.**

En este caso, planteado por una persona que había permanecido durante las 24 primeras horas de su ingreso en una unidad psiquiátrica atado a una cama, la institución vino a recordar la incidencia en los derechos fundamentales de este tipo de medidas extraordinarias, así como la doctrina jurisprudencial y los límites aplicables a las mismas:

“A este respecto, nos parece oportuno destacar que, en psiquiatría, la inmovilización terapéutica se define como el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infringirse a sí mismo o a otros.

Tal y como indicamos en el expediente de queja 12/1218/S, la aplicación de sujeciones físicas a una persona conlleva riesgos para su salud física y limita derechos fundamentales, tales como el derecho a la libertad física (artículo 17 CE), a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (artículo 15 CE), así como los principios de la dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (artículo 10 CE). En efecto, el sometimiento de una persona a sujeciones físicas incide muy particularmente en sus derechos fundamentales y, además, en el derecho de autodeterminación individual, concretado en la libertad de aceptar o rechazar la aplicación de una sujeción, tenga o no fines terapéuticos, derecho que, según ha precisado el Tribunal Constitucional (STC 120/1990, de 27 de junio), no está incluido en la esfera del artículo 17.1 de la Constitución, cuyo ámbito es exclusivamente la libertad física, sino que tiene su cobertura en el artículo 1.1 CE (STC 341/1993, de 18 de noviembre), que consagra la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico, lo que implica el reconocimiento, como principio inspirador del mismo, de la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se le presenten, de acuerdo con sus propios intereses y preferencias (STC 132/1989, de 18 de julio, FJ 6).



Ahora bien, como han declarado el Tribunal Constitucional y la doctrina, los derechos fundamentales constitucionalizados no son ilimitados. El Tribunal Constitucional señaló tempranamente que “la Constitución no sanciona derechos ilimitados. Todo derecho tiene sus límites, que en relación a los derechos fundamentales establece la Constitución por sí misma en algunas ocasiones. En otras ocasiones el límite del derecho deriva de la Constitución sólo de una manera mediata o indirecta, en cuanto que ha de justificarse por la necesidad de proteger o preservar no sólo otros derechos constitucionales, sino también otros bienes constitucionales protegidos” (SSTC 11/1981, de 8 de abril, y 2/1982, de 17 de enero). La STC 62/1982, de 15 de octubre, también recordó “que la ley puede fijar límites siempre que su contenido respete el contenido esencial del derecho”. Y para la fijación de tales límites el Tribunal Constitucional se remite al artículo 53.1 CE, en cuanto dispone la regulación por ley de los derechos constitucionales. Caben, por tanto, limitaciones establecidas por ley que han de respetar los siguientes presupuestos:

- a) Que tengan por fundamento proteger otros derechos o bienes constitucionales (STC 43/1983, de 27 de mayo). En el ámbito que nos ocupa, tienen por objeto proteger la vida, la integridad física y la salud del propio paciente, o de terceras personas.
- b) Que las limitaciones sean necesarias para conseguir el fin perseguido (STC 13/1985, de 31 de enero).
- c) Que sean proporcionadas a ese fin (STC 37/1989, de 11 de febrero).
- d) Que no menosprecien la dignidad de la persona (STC 181/2004, de 2 de noviembre).
- e) Que respeten el contenido esencial del derecho fundamental afectado (STC 11/1981, de 8 de abril).

Solo cuando concurren estos presupuestos, los derechos fundamentales atinentes a la libertad y la autonomía de la persona, admiten límites al objeto de proteger otros bienes y derechos constitucionales.

Pues bien, con estricta sujeción a estos concretos parámetros puede admitirse excepcionalmente el uso de sujeciones físicas como instrumento o método necesario para la protección de otros bienes o derechos constitucionales, aunque ello implique una limitación de la libertad y de la autonomía del paciente afectado. Solo en casos de extrema necesidad, por razones de seguridad física del usuario o de terceras personas, esto es, a fin de evitar daños graves a la persona o a terceros, y a los efectos del derecho fundamental a la integridad física, puede entenderse proporcionada y, por ende, constitucional, la aplicación de una sujeción aun cuando produzca algún daño físico menor, por resultar este daño inevitable y proporcionado respecto de la finalidad pretendida, cual es la protección de la vida o la integridad física del usuario o de otras personas.

Pero para poder calificarse esa medida de sujeción física de razonable por necesaria y de legítima por proporcionada, ha de estar presidida de las siguientes garantías mínimas:

- a) Debe mediar prescripción facultativa.
- b) Debe existir consentimiento informado otorgado por el paciente o, en su caso, por los familiares, sin que tal consentimiento pueda en ningún caso presumirse. Debe existir constancia documental del otorgamiento del consentimiento informado. Conforme al artículo 50 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud de la Comunidad Foral de Navarra, solo es posible aplicar sujeciones sin previo consentimiento informado, cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento, no es posible conseguir la autorización de éste o de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.



c) *Debe verificarse un control de la aplicación de la sujeción. El uso de sujeciones físicas, por cuanto limitan derechos fundamentales, ha de estar sometido a un riguroso control interno por el propio equipo asistencial. La persona sometida a una sujeción física, conforme a los protocolos que establezcan los procedimientos de valoración, aplicación y supervisión, a seguir en cada caso, debe ser vigilada frecuentemente para evitar la aparición de complicaciones. En algunos protocolos de hospitales psiquiátricos, se recomienda que las personas con sujeción mecánica estén bajo supervisión cada quince minutos. La Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 30 de septiembre de 2010 -JUR/2010/374270-, declaró la responsabilidad patrimonial de la Administración por la muerte de un paciente psiquiátrico sometido a una sujeción mecánica porque no se cumplió el protocolo del centro hospitalario, que exigía un control cada quince minutos.*

(...)

Todo ello aconseja a esta institución recordar al Departamento de Salud el deber legal de asegurar que la adopción de medidas que conlleven la inmovilización del paciente se desarrolle en el grado mínimo imprescindible y necesario para lograr la finalidad perseguida con dichas medidas, debiendo sustituirlas en cuanto sea posible por otros tratamientos alternativos menos limitativos de la libertad física del paciente, para lo que se deberá realizar un seguimiento adecuado de las medidas adoptadas”.

Referencias: Q22/1181 y Q16/388.

2. Adherencia a medicamentos de personas con enfermedades crónicas y escasos recursos.

El acceso a medicamentos por parte de personas con bajos ingresos y problemas de salud crónicos que determinan que aquellos se precisen de manera recurrente ha sido también fuente de algunas quejas ante esta institución y de pronunciamientos de la misma.

Se ha de considerar que la normativa reguladora de la prestación farmacéutica, que viene a establecer un régimen de copago, es de ámbito estatal, pero, al mismo tiempo, se ha de tener en cuenta que la Administración de la Comunidad Foral de Navarra puede establecer un régimen de ayudas que mejore la situación de las personas afectadas, con vistas a garantizar de forma plena y efectiva el acceso a la medicación que precisan y, de este modo, a neutralizar posibles impedimentos que genere la carestía de ingresos económicos.

En tal contexto, a raíz de una convocatoria de ayudas aprobada y de una queja recibida, la institución resolvió **“sugerir al Departamento de Salud que, habida cuenta de que la ayuda que regula está destinada a facilitar a las personas con escasos recursos económicos adquirir tratamientos farmacológicos que precisen, siendo habitual que, precisamente por carecer de recursos, estas personas acumulen deudas, entre otros, con las Administraciones públicas, estudie la posibilidad de modificar la Orden 498E/1997, de 22 de junio, del Consejero de Salud, por la que se regulan las ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos sujetos a financiación pública prescritos por personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a fin de que las deudas con la Hacienda Foral de Navarra u**



otras Administraciones no sean un impedimento para acceder a dichas ayudas”.

Se daba la circunstancia de que, para acceder a las ayudas, se exigía a las personas interesadas encontrarse al corriente de sus obligaciones con la Hacienda Foral de Navarra. Esta regla, que es ordinaria en el ámbito subvencional (en este sentido, el artículo 9, letra e), de la Ley Foral de Subvenciones), puede ser cuestionable que se establezca cuando de acceder a prestaciones básicas se trata, como sucede en el caso de personas con enfermedades crónicas y carencia de ingresos económicos. Por ello, la institución razonaba:

“5. Ahora bien, dicho esto, esta institución considera que debe reflexionarse acerca de si es coherente el requisito examinado con la finalidad de la ayuda solicitada.

Según se desprende de la Orden Foral que la regula, la ayuda solicitada tiene por finalidad facilitar a las personas con bajos ingresos la adquisición de medicamentos prescritos por el personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (artículos 1 y 2).

No resulta extraño que, precisamente por no disponer de recursos suficientes, las personas con bajos ingresos acumulen deudas, entre otras, con las Administraciones públicas, lo que, como ocurre en este caso, determinaría su imposibilidad a acceder a una ayuda destinada teóricamente a ayudarles a costear unos tratamientos farmacológicos de los que precisan y que no pueden costear por carecer de recursos económicos suficientes para ello.

Por ello, esta institución estima conveniente sugerir al Departamento que, teniendo en cuenta el objetivo de la ayuda, estudie la posibilidad de modificar la Orden que la regula, a fin de que tener deudas con la Hacienda Foral de Navarra u otras Administraciones no sea un impedimento para que una persona con escasos recursos económicos pueda acceder a la misma”.

En esta línea de protección a las personas con escasez de recursos y de garantía de acceso a la medicación que precisen, la institución, en una resolución anterior, formulada a raíz de una actuación de oficio, resolvió **“sugerir a los Departamentos de Salud y de Derechos Sociales que, de forma coordinada, valoren la adopción de medidas tendentes a evitar que la insuficiencia económica de las personas determine la falta de acceso efectivo a las medicaciones que les sean prescritas por la Administración sanitaria, como pudiera ser la consistente en establecer un régimen de ayudas públicas en función de niveles de renta, complementarias al régimen de copago farmacéutico”.**

La actuación se tramitó tras publicarse noticias sobre la “pobreza farmacéutica”, que se cifraba en un 2,1% de la población navarra (datos de un barómetro sanitario llevado a cabo en 2016), y en relación también con quejas de ciudadanos afectados. La institución vino a expresar que:

“4. Según considera esta institución (en este sentido, expediente de queja 13/616), la efectividad del derecho constitucional a la protección de la salud pasa por que el paciente acceda a la medicación indicada en la asistencia médica prestada, no pudiendo subordinarse sin más a una previa aportación económica. Este derecho puede ser compatible con una aportación económica de los pacientes según su



nivel de renta, respecto de determinadas prestaciones asistenciales o farmacéuticas, como fórmula necesaria para asegurar la sostenibilidad económica del sistema sanitario público, siempre que la contribución económica se condicione al criterio de la capacidad económica del usuario y al de universalidad, de forma que ninguna persona pueda quedar sin atención sanitaria, en nuestro caso prestación farmacéutica, por falta de medios económicos. Pero cuando la aportación económica supone o puede conllevar una barrera inaccesible al acceso a la medicación necesaria, entonces se violenta el derecho constitucional a la protección de la salud.

5. Asimismo, la institución considera que, ante situaciones de insuficiencia económica de los ciudadanos para acceder a medicaciones prescritas por la Administración sanitaria, por la virtualidad que tiene el derecho la protección de la salud, podría ser conveniente adoptar medidas complementarias de garantía del derecho (como pudiera ser un régimen de ayudas) por parte del sistema público (principio de responsabilidad pública).

En este sentido, la provisión de este tipo de necesidades a través de ayudas de una entidad privada, como Cáritas, denota, a juicio de esta institución, una insuficiencia del sistema socio-sanitario público, que debe procurar corregirse”.

La sugerencia formulada, en su esencia y fundamento, era similar a otra también emitida por la institución en el marco de una actuación de oficio seguida en otras fechas: **“Sugerir al Departamento de Salud que apruebe y ponga en marcha lo antes posible un régimen especial de ayudas para hacer frente al pago de los medicamentos de aquellas personas carentes de ingresos económicos o por debajo de un umbral que se fije (por ejemplo, el salario mínimo interprofesional)”**.

Referencias: Q22/1179, AO17/13, AO15/18.

3. Personas con discapacidad.

Como se ha señalado, además de las previsiones que recoge la legislación sanitaria respecto a los colectivos más vulnerables, la Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos, se refiere a la protección del derecho a la salud de estas personas (artículos 27 y siguientes).

En referencia a la protección específica de este colectivo, la institución resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que intensifique la adopción de medidas tendentes a garantizar una atención sanitaria en un tiempo adecuado al colectivo de personas a que se refiere la queja presentada por COCEMFE Navarra (personas con discapacidad o con enfermedades crónicas o pluripatológicas determinantes de situaciones discapacitantes). Asimismo, “sugerir al Departamento de Salud que, a efectos de determinar las medidas o acciones concretas tendentes al objetivo señalado, se recabe la participación de la entidad autora de la queja o de otras que puedan ser también representativas del colectivo al que se refiere la misma”**.

La resolución traía causa de una queja colectiva presentada por COCEMFE Navarra, acompañada de un número elevado (150) de testimonios de personas



afectadas, que venían a denunciar el especial efecto perjudicial que para ellas suponía la situación de las listas de espera para acceder a la asistencia sanitaria especializada y, en concreto, la demora e incertidumbre que se genera para recibir la atención sanitaria, al ser personas con discapacidad, con pluripatologías o con enfermedades crónicas que requieren de supervisión constante o recurrente, así como de la intervención de distintos especialistas.

La institución recordó el marco jurídico aplicable -Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, en especial su artículo 19, referente a la necesidad de dispensar especial protección a colectivos vulnerables; Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada, que, juntamente con el Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril, de desarrollo de la anterior, contempla los tiempos máximos de respuesta aplicables; Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, y Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos, que prevé, en su artículo 7, medidas de acción positiva en beneficio de las personas con discapacidad-, y consideró que:

“9. El anterior marco normativo viene a demandar que se garantice una atención sanitaria a la ciudadanía dentro de los plazos previstos en la normativa vigente; y, además, en el caso de los colectivos más vulnerables a efectos sanitarios (como el representado en la queja), que se introduzcan medidas de discriminación positiva o de atención especial, compensatorias de la inicial situación desventajosa en que se encuentra.

A la vista de la problemática que se suscita en la queja y de lo informado por el Departamento de Salud, se ve oportuno recomendar a este que intensifique la adopción de medidas tendentes a garantizar una atención sanitaria en un tiempo adecuado al colectivo referido.

Asimismo, a efectos de determinación de las medidas o acciones concretas, se sugiere que se recabe la participación de la entidad autora de la queja o de otras que puedan ser también representativas del colectivo”.

Por otro lado, en relación con una problemática más específica y acotada, la de la atención a personas que padecen sordera, la institución vio preciso **“recordar al Departamento de Salud el deber de facilitar a todos los ciudadanos la información de forma accesible, comprensible, suficiente y adecuada sobre los procedimientos diagnósticos invasores que se les vayan a realizar, adoptando las medidas específicas que sean necesarias para el caso de personas que padezcan sordera”.**

La institución recordó que los derechos generales de información y consentimiento informado que corresponden a todas las personas en el ámbito sanitario pueden requerir, para su efectividad, modulaciones en el caso de quienes padezcan sordera, como viene a disponer el artículo 24 de Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, en redacción dada por la Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos:



“Con el fin de procurar una adecuada asistencia sanitaria y favorecer el cumplimiento del derecho a la información de las personas con cualquier tipo de discapacidad, las Administraciones Públicas fomentarán actuaciones necesarias para minimizar los obstáculos lingüísticos y de comprensión. En todo caso, las Administraciones Públicas respetarán las obligaciones establecidas en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo ciegas”.

Referencias: Q24/380 y Q23/278.

4. Enfermedades raras y otros colectivos con necesidades específicas.

Las personas con enfermedades raras padecen una situación que exige también una particular atención por parte de los poderes públicos, y las dificultades que afrontan también han determinado quejas ante esta institución del Defensor del Pueblo de Navarra.

Según se ha señalado, aunque las enfermedades raras son un grupo muy heterogéneo de patologías, los problemas a los que se enfrentan las personas afectadas y sus familias tienen algunas características comunes. Es frecuente que la demora diagnóstica sea elevada por la propia rareza de la enfermedad, que las personas afectadas necesiten múltiples contactos con el sistema por que la afectación sea multisistémica, que no haya tratamientos efectivos debido a la dificultad de investigar para un colectivo tan pequeño, que tengan un alto impacto emocional debido a la discapacidad y riesgo de muerte precoz que en algunos casos conllevan y que afecten también a ámbitos no sanitarios como el educativo, laboral o social. Las peculiaridades de este grupo de personas hacen necesario un esfuerzo por cubrir las especificidades propias del colectivo, intentando alcanzar la legítima satisfacción de sus necesidades en equidad con el resto de la ciudadanía.

En lo que respecta al acceso a medicamentos en estas situaciones, la institución resolvió ***“sugerir al Departamento de Salud que adopte las medidas necesarias para compensar a las personas diagnosticadas con una enfermedad rara por los gastos que asumen por la adquisición de los medicamentos necesarios para tratar su enfermedad. Tales medidas podrían consistir en la inclusión de determinados medicamentos en la Cartera de Servicios Sanitarios de la Comunidad Foral de Navarra, teniendo como únicos beneficiarios a dichas personas, o en la compensación de los gastos a los que se enfrentan al adquirir los medicamentos, mediante la vía fiscal o subvencional”.***

La sugerencia se fundamentó, esencialmente, en esa desigual y desventajosa situación de partida que afecta a este colectivo, y en lo previsto por el precitado artículo 19 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en Navarra, que establece que “de conformidad con el principio de humanización de la asistencia sanitaria, los profesionales y centros sanitarios que atiendan a usuarios que pertenezcan a



colectivos que merezcan una especial protección, deberán procurar una atención personalizada y adecuada a sus circunstancias personales, que favorezca el respeto y cumplimiento de los derechos de esta ley foral".

Por otra parte, en referencia también a los problemas que aquejan a estas personas y sus familias, en una resolución conjunta dirigida al Departamento de Salud y a los Departamentos competentes en materia de educación, servicios sociales y hacienda, la institución sugirió que **“se valore positivamente elaborar un plan de actuación para las personas y familias que padecen enfermedades raras en Navarra, así como la constitución de una unidad administrativa de información y coordinación para su atención integral, a donde puedan dirigirse por distintos cauces (presencialmente, telefónicamente, por internet...) para recibir la orientación que precisen en cada momento”**.

Con similar finalidad, habiéndose planteado en otro caso ante la institución la problemática situación de las personas afectadas por la enfermedad de Lyme, se resolvió **“sugerir al Departamento de Salud que cree un grupo de trabajo que aborde el estudio de la enfermedad de Lyme, tanto en sus fases de prevención, difusión, diagnóstico y tratamiento, como de atención del paciente crónico o síndrome postLyme, definiendo todas aquellas acciones que se pueden realizar para mejorar la salud de estos pacientes”**.

Se recoge en la resolución emitida por el Defensor del Pueblo de Navarra a este respecto lo siguiente:

“La enfermedad de Lyme es una infección causada por una bacteria que se transmite a las personas a través de mordeduras de garrapatas infectadas ellas mismas por la bacteria. La mordedura y los síntomas de la enfermedad pueden pasar desapercibidos, pudiendo generarse complicaciones e incluso una enfermedad crónica si el paciente no obtiene un diagnóstico con rapidez.

Tal y como indicaba la autora de la queja, el 15 de noviembre de 2018 el Parlamento Europeo aprobó una Resolución sobre la enfermedad de Lyme (borreliosis). Entre otras cuestiones, se indicaba en dicha Resolución que “las garrapatas infectadas parecen estar extendiéndose geográficamente, registrándose actualmente también caos en altitudes y latitudes más elevadas, así como en ciudades, que entre las supuestas causas figuran los cambios en el uso de la tierra, como la reforestación de tierras de escasa calidad, o la expansión de plantas invasivas, el cambio climático, el calentamiento global, la humedad excesiva y otros factores relacionados con la actividad humana”.

Asimismo, se emitían recomendaciones a la Comisión y a los Estados miembros, al respecto de dicha enfermedad, como poner en marcha programas de vigilancia uniformes, facilitar la normalización de los test de diagnóstico y los tratamientos, y tomar medidas de profilaxis individual y de control de las garrapatas para frenar la propagación de la borreliosis.

La especificidad de la enfermedad y su posible incremento, así como la cronicidad o secuelas de la misma, obliga a la Administración sanitaria a incidir en la detección precoz y el tratamiento y en soluciones adecuadas a las dolencias que produce.

Por ello, y en línea con lo manifestado por el Departamento de Salud en el informe remitido, esta institución considera necesario sugerir que se cree un grupo de trabajo que aborde el estudio de la enfermedad tanto en sus fases de prevención,



difusión, diagnóstico y tratamiento, como la atención del paciente crónico o síndrome postLyme, definiendo todas aquellas acciones que se pueden realizar para mejorar la salud de estos pacientes”.

También se ha planteado ante la institución la situación de otros colectivos específicos, como el de las personas afectadas por la enfermedad celiaca y la de menores afectados por lesión medular. Se trata de supuestos en que los interesados vienen a reclamar recibir ayudas públicas compensatorias, ante las especiales necesidades que padecen.

En el caso del último colectivo de los referidos, la institución vio pertinente **“sugerir al Departamento de Salud que valore otorgar ayudas para complementar el tratamiento de las personas menores de edad con lesión medular”.**

El pronunciamiento fue emitido en un contexto en que se habían aprobado ayudas públicas para atender las necesidades especiales de menores con daño cerebral adquirido, resultando que los menores con lesión medular podían tener dificultades y situaciones afines, por lo que el principio de equidad aconsejaba un trato similar:

“A la vista de la información recibida, esta institución observa que el hijo de la autora de la queja tiene cinco años de edad, está diagnosticado con lesión medular, ha sido valorado como gran dependiente y tiene reconocido un grado de discapacidad del 89%. Para poder realizar las actividades básicas diarias, necesita ayuda y, como apoyo para su desarrollo logopédico y motor, acude a sesiones de fisioterapia, psicopedagogía, audición y lenguaje.

Las resoluciones del Departamento de Salud por la que se aprueban las convocatorias de ayudas destinadas a complementar, en determinados gastos, el tratamiento de niños y niñas menores de 18 años con daño cerebral adquirido, requieren, para poder ser beneficiario de las mismas, tener un diagnóstico de daño cerebral adquirido realizado por un neuropediatra. El objeto de dichas ayudas es cubrir, total o parcialmente, el gasto efectuado en: valoraciones neuropsicológicas, terapia ocupacional, rehabilitación de la deglución y productos de apoyo para la autonomía personal, excluido el material ortoprotésico financiado por el Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea y entendiéndose por aquellos cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad, destinado a facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y/o actividades o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

De la información remitida por la autora de la queja y por el Departamento de Salud, se deduce que las necesidades de los niños con daño cerebral adquirido y con lesión medular, en determinados casos, pueden ser similares. Sin embargo, para los niños con daño cerebral adquirido, existen ayudas destinadas a completar el tratamiento, mientras que para los niños con lesión medular no es así.

A criterio de esta institución, el hecho de que el Parlamento de Navarra apruebe una línea presupuestaria para los menores con “daño cerebral adquirido”, no excluye en ningún caso la posibilidad de que el Departamento de Salud promueva y otorgue ayudas como la reclamada, con criterios de equidad en el acceso a tratamientos sanitarios y justicia material (sea incluyendo en la citada línea de ayudas a menores con necesidad similares o equivalentes, sea elaborando otra convocatoria de ayudas para sufragar los tratamientos que requieren los menores,



sin perjuicio de la gestión presupuestaria que corresponda).

Por ello, considerando esta institución fundada la queja de la interesada y, dado que el propio Departamento de Salud reconoce que “es posible que se produzcan diferentes situaciones de inequidad, ya que en ocasiones para recibir la ayuda es preciso tener un determinado diagnóstico”, se ve oportuno sugerir a dicho Departamento que valore otorgar ayudas para complementar el tratamiento de niños y niñas menores de 18 años con lesión medular”.

En lo que se refiere a las personas afectadas por celiaquía, se han recibido diversas quejas que reclaman una ayuda por el mayor gasto que han de afrontar aquellas en el acceso a productos alimenticios sin gluten (años atrás existieron ayudas, si bien las cuantías concedidas eran de muy escaso importe), resolviendo la institución **“sugerir al Departamento de Salud que impulse las medidas oportunas para conceder ayudas económicas a personas celiacas a fin de paliar o compensar el mayor coste económico que supone sufragar la especial alimentación que precisan por razón de su enfermedad”.**

Referencias. AO 16/3, Q18/140, Q18/80, Q18/540 y Q23/599.

5. Personas con problemas de drogadicción.

La atención a personas con problemas de drogadicción plantea retos específicos en el ámbito sociosanitario, tanto a efectos de tratamiento como de inclusión social. Las quejas en este terreno tampoco son muy numerosas, pero ponen de relieve situaciones de extrema vulnerabilidad o mejorables en cuanto a las garantías de las personas afectadas.

A raíz de una de las quejas recibidas, la institución vio preciso **“sugerir al Departamento de Salud que, previa valoración o consulta del caso con las entidades que gestionan centros de desintoxicación para personas drogodependientes, se reconsidere la posibilidad de atender la solicitud del interesado de ingreso en un centro, estimando que la falta de adherencia o fracaso de un tratamiento previo ambulatorio no puede ser, en principio, causa determinante de la negativa”.**

Se trataba de un caso en el que se había negado al interesado el ingreso en un centro de desintoxicación, considerando la institución que no se justificaba suficientemente la negativa y que, en todo caso, lo referido por la Administración respecto a la falta de adherencia a un tratamiento ambulatorio previo no podía ser determinante de aquella:

“Esta institución del Defensor del Pueblo de Navarra, en un caso como el que nos ocupa, no puede determinar cuál es el recurso o servicio más adecuado para atender a la persona afectada en su problema de drogadicción.

Señalado lo anterior, a la vista del informe emitido, la institución no aprecia que el mismo justifique en grado suficiente por qué no cabe atender la solicitud del interesado, de ingreso en un centro de desintoxicación. A estos efectos, hemos de considerar que:

a) En principio, y con carácter general, cabe pensar que el ingreso en un centro de desintoxicación es una medida de actuación o intervención más intensa que la



correspondiente a un tratamiento ambulatorio, que se presenta como la alternativa más ordinaria o habitual.

b) También con carácter general, cabe afirmar que la falta de adherencia o éxito de un tratamiento menos intenso (el ambulatorio, en este caso) no es una razón suficiente para no llevar a cabo un tratamiento más intenso (el ingreso en el centro); más bien al contrario, parece razonable concluir que el ingreso puede ser pertinente en casos en que, por las razones que sean, fracasen otras alternativas de tratamiento.

Partiendo de ello, y teniendo en cuenta también tanto la participación en este tipo de programas de las entidades que gestionan estos centros, como la próxima valoración del caso sobre la que informa el Departamento de Salud, la institución ve pertinente formular una sugerencia, a fin de que se reconsidere la posibilidad de atender la solicitud del interesado de ingreso en un centro, procurándole la alternativa de atención más personalizada y adecuada a sus circunstancias personales”.

Por otro lado, en el caso de personas ingresadas en centros por problemas de enfermedad mental asociados a consumos y a la práctica de pruebas, se vio oportuno **“sugerir al Departamento de Salud que, teniendo en cuenta que los resultados de este tipo de pruebas pueden tener un impacto en el alcance y extensión de las restricciones en el ejercicio de los derechos fundamentales por parte de las personas que se encuentra en la situación del promotor de la queja (ingresado en un centro sociosanitario por auto judicial), se establezca un protocolo que permita la realización de pruebas de contraste en casos de resultado positivo”**.

Se razonaba por la institución que:

“De la información obrante en el expediente, no se desprende que existiera el ofrecimiento a realizar una prueba de contraste o un nuevo análisis de la muestra cuyo análisis detectó la presencia del tetrahidrocannabinol en el organismo del autor de la queja, lo que podría considerarse que deja a éste en una situación de cierta indefensión, pues niega haber consumido sustancias con dicho alcaloide, pero no tiene vías para demostrar directa o indirectamente que el resultado de la prueba realizada es erróneo.

Por ello, teniendo en cuenta que los resultados de este tipo de pruebas pueden tener un impacto en el alcance y extensión de las restricciones en el ejercicio de los derechos fundamentales por parte de las personas que se encuentran en la situación del promotor de la queja, esta institución estima oportuno sugerir que se establezca un protocolo que permita la realización de pruebas de contraste en casos de resultado positivo”.

Referencias. Q22/1125, Q24/753.

6. Personas internas en el centro penitenciario.

Como es sabido, en el año 2021 se acordó el traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra, lo que se plasmó mediante el Real Decreto 494/2021, de 6 de julio.

La legislación foral vigente en materia sanitaria no hace referencia específica a las personas internas sujetas al régimen penitenciario, pero cabe entender que,



por la privación de libertad que padecen aquellas y por la especial incidencia que pueden tener determinadas problemáticas en las personas presas, se está también ante un colectivo vulnerable y, por ende, merecedor de una especial atención.

Durante los últimos años esta institución ha recibido diversas quejas de personas internas en el centro penitenciario de Pamplona/Iruña o de colectivos que velan por sus derechos que ponen de manifiesto tanto aspectos o deficiencias puntuales en la atención sanitaria, de naturaleza más casuístico, como, en algunos casos, aspectos de carácter más estructural.

Entre las quejas recibidas y que se encuentran en tramitación (pendientes de pronunciamiento), recientemente, se ha venido a denunciar ante la institución la ausencia de una jefatura médica, que afectaría negativamente al funcionamiento de la Junta de Tratamiento; asimismo, la decisión de que, en los turnos en que no esté presente o de guardia localizada el médico del centro, todos los servicios han de ser llevados por médicos del 112, activados previamente por la enfermera del centro penitenciario (interpuesta por el Colegio de Abogados de Pamplona).

Con ocasión de una de las quejas presentadas, en la que se cuestionaba la atención médica dispensada en el centro al interesado y, en concreto, la desatención por parte de un facultativo a una solicitud para permanecer en la celda por motivos de salud, formulada en consulta médica, la institución resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que adopte las medidas necesarias para que el personal facultativo que atiende en el centro penitenciario de Pamplona/Iruña, cuando le sea solicitada la permanencia en celda en consulta médica, valore individual y específicamente el caso, considerando que, en el que es objeto de queja, el médico no habría prestado al interesado la atención debida”**.

Se venía a razonar en la resolución emitida que:

“Aunque en el expediente no existen elementos de prueba que directa y fehacientemente permiten determinar qué es lo que ocurrió el 18 de julio de 2023, esta institución estima que existen elementos que, interpretados de forma conjunta y conforme a las reglas del criterio humano, indiciariamente señalarían que la atención no habría sido la debida.

En este sentido, teniendo en cuenta que el interesado se encuentra internado en la cárcel de forma ininterrumpida desde hace más de 21 años, es poco probable que no conozca la normativa aplicable a las autorizaciones de permanencia en celda por motivos médicos, como demuestra el hecho de que el Comité de Seguridad del centro penitenciario le diera la razón al certificar que, contrariamente a lo que le había indicado el facultativo, la autorización no se debía pedir mediante instancia, lo que resulta lógico si se tiene en cuenta que la autorización se fundamenta en motivos médicos y, por tanto, debe ser fruto de una evaluación individual y específica por parte del personal facultativo de los problemas de salud que motivan su solicitud.

En el presente caso, no consta que se realizara una evaluación debida de los problemas de ansiedad que motivaban la solicitud de autorización, sino que, a la vista de la misma, el facultativo se limitó a señalar al interesado que debía formular su solicitud mediante instancia, lo cual realizó, dando lugar a la respuesta



señalada por parte del Comité de Seguridad del centro penitenciario indicándole que dicha solicitud debía formularse ante el personal facultativo, que es lo que había realizado”.

Referencia: Q23/800.

7. Personas mayores y con enfermedad mental en centros residenciales. El ámbito sociosanitario.

Con carácter muy mayoritario, las quejas que se reciben en la institución respecto a situaciones de personas mayores ingresadas en centros residenciales -ordinariamente sobre las condiciones de la estancia y la atención recibida- remiten a cuestiones reguladas por la legislación de servicios sociales y afectan al ámbito de actuación e intervención del departamento competente en esta materia. Sin perjuicio de ello, aunque más esporádicamente, también se reciben algunas quejas que suscitan cuestiones de orden sanitario.

Con ocasión de una de estas quejas presentadas, la institución resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que deje sin efecto la pérdida de la asignación de médico de atención primaria que tenía la interesada antes de su ingreso en un centro residencial de mayores, y que considere dicha asignación compatible con el servicio médico que pueda prestarse en el centro”**.

La recomendación se emitió tras denunciarse ante esta institución que la interesada, ingresada en una residencia de mayores, había dejado de tener asignado médico de atención primaria del sistema público de salud. La institución vino a considerar que, aun cuando la legislación aplicable no determinara de forma taxativa esta cuestión, había de estarse al criterio y derecho generales de que toda persona ha de tener médico de atención primaria asignado:

“6. La Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, establece, en su artículo 11, que “la asistencia sanitaria pública, de cobertura universal, se extiende a todas las personas que residan en los municipios de la Comunidad Foral de Navarra”.

El artículo 5 de la misma ley foral reconoce a las persona usuarias del sistema sanitario público de la Comunidad Foral de Navarra diversos derechos generales, entre ellos el derecho “a que se le asigne personal médico, identificado para el paciente, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial y el responsable de garantizar los derechos de información y, en su caso, participación. Se asignará personal de enfermería en los casos en que proceda” (apartado noveno).

Por otro lado, el artículo 12.1 establece que “los usuarios del sistema sanitario público de Navarra tienen derecho a la libre elección de médico general y médico pediatra en la atención primaria de acuerdo a la reglamentación vigente en cada momento”.

7. A juicio de esta institución, de los anteriores preceptos legales se concluye que los usuarios de servicios residenciales, como el conjunto de ciudadanos y ciudadanas, tienen derecho a tener asignado personal médico del sistema sanitario público de Navarra.



El ingreso en un centro residencial, a estos efectos, no ha de ser un elemento relevante y, en modo alguno, determina la pérdida de la adscripción al personal médico que tuviera el afectado.

La existencia de personal médico en el propio centro residencial, a juicio de esta institución, no conlleva la pérdida del derecho al que nos venimos refiriendo, sin perjuicio de lo conveniente o, incluso, preciso, de una coordinación entre una y otra instancia. En relación con esto último, el artículo 19 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, dispone que “igualmente, en el ámbito de la atención primaria, se procurará la integración funcional de los recursos sanitarios y sociales existentes, posibilitando el trabajo interdisciplinario de los profesionales de salud y de servicios sociales”.

No consideramos que, en el caso al que se refiere la queja, el enfoque de la controversia haya de reconducirse al ejercicio del derecho a la libre elección de médico (concebido para un cambio de médico de entre los adscritos al sistema público de salud). Entendemos que la interesada no debió ser privada del médico que tenía asignado (por su condición de ciudadana residente en Navarra) y que puede compatibilizarlo con la atención médica que se preste en el centro sociosanitario (por su condición de usuaria del mismo, en el marco de una relación jurídica específica).

El informe del Departamento de Salud viene a reconocer que “actualmente, no existe normativa que avale la decisión de cancelar la asignación de facultativo en el centro de salud a las personas usuarias que ingresan en centros sociosanitarios”.

Ausente tal amparo normativo, no cabe sino concluir que la decisión objeto de queja es ilegal y recomendar que se restituya a la interesada en el ejercicio de su derecho”.

Por otro lado, y también relacionado con la atención en el ámbito sociosanitario, en un caso suscitado por un paciente con enfermedad mental, se resolvió, por lo que ahora interesa (existieron otros pronunciamientos), **“sugerir al Departamento de Salud que adopte medidas para garantizar la correcta coordinación entre los servicios sanitarios y la atención prestada en los recursos sociosanitarios”.**

La sugerencia se fundó, esencialmente, en que la legislación sanitaria exige la coordinación de los recursos asistenciales sociosanitarios para garantizar una adecuada atención a las personas. Así, se recogió en la resolución emitida:

“8. Asimismo, en el informe del Departamento se indica lo siguiente: “En relación a la frecuencia de las citas, se programaron citas espaciadas con psiquiatría, ya que el paciente se encontraba en seguimiento psicoterapéutico en dispositivo de deshabitación y no comunicó haberlo abandonado”.

En relación con ello, en el artículo 22 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, se establece la necesidad de coordinación para la adecuada atención de los recursos asistenciales sociosanitarios.

Esta institución entiende que la prestación del servicio sanitario adecuado no debería estar supeditada a la continuidad del paciente en el tratamiento pautado, siendo preciso que se valoren las causas de una posible falta de adherencia, así como alternativas ante ello. Por otro lado, y máxime en este tipo de situaciones, no resultaría adecuado delegar a la responsabilidad del propio paciente la comunicación del abandono del tratamiento.

Siendo así, si la única forma de que el Departamento dispone para tener conocimiento del abandono del seguimiento en el dispositivo de deshabitación



es la notificación por parte del paciente, se deduce que la coordinación entre los servicios no sería real y efectiva.

Por ello, esta institución estima conveniente sugerir que el Departamento de Salud garantice la correcta coordinación con la atención prestada en los recursos sociosanitarios”.

Referencias: Q23/825, Q23/944.

8. Desplazamientos para recibir asistencia sanitaria. La equidad desde la perspectiva territorial.

La falta de igualdad en el acceso a prestaciones sanitarias es también un factor generador de quejas ante esta institución. La legislación sanitaria declara el principio de equidad en el acceso al conjunto de los servicios y profesionales sanitarios disponibles, así como al recibir la asistencia sanitaria y los cuidados precisos, sin que pueda producirse discriminación.

Aun cuando el sistema sanitario se organiza, en términos generales, de forma descentralizada, surge, en la práctica, en algunos casos, la necesidad de desplazamiento para recibir atención sanitaria, tanto dentro del territorio de Navarra (generalmente a Pamplona) como, ante determinadas necesidades o tratamientos, a otras comunidades.

En relación con esta problemática, en lo que respecta al ámbito interno, la institución vio preciso **“sugerir al Departamento de Salud que analice en profundidad el establecimiento de una ayuda económica a los acompañantes de las personas ingresadas en un centro hospitalario situado en Navarra, que tengan que desplazarse desde otros puntos de la geografía foral alejados”**.

Se señaló en la resolución emitida que, si bien en los casos de desplazamiento a otras comunidades autónomas existe un régimen de ayudas compensatorias, no sucede lo propio cuando personas de Navarra deben desplazarse dentro del territorio, pudiéndose generar situaciones de necesidad afines. En tal sentido, se razonó que:

“4. Resulta indudable la importancia del acompañamiento durante el ingreso hospitalario del paciente. Este acompañamiento resulta especialmente importante cuando la persona ingresada pertenece a un colectivo con mayor vulnerabilidad (menores, personas con enfermedades crónicas, personas con discapacidad...). En los diversos estudios que abordan esta cuestión, se apuntan los múltiples beneficios que tiene el acompañamiento, tanto para los pacientes, como para los propios familiares o acompañantes. En este sentido, pueden citarse los siguientes beneficios del acompañamiento y del apoyo familiar durante el ingreso de un paciente: el acortamiento de la estancia hospitalaria, la facilitación de la adaptación al entorno hospitalario y a la nueva situación, la reducción del estrés emocional del paciente, la reducción del número de recaídas en el caso de enfermos mentales... Todo lo anterior redundará, sin duda, en una mayor eficacia de los tratamientos prescritos.

5. Actualmente, el Decreto Foral 212/2001, de 30 de julio, regula las dietas por desplazamiento, hospedaje y manutención para los pacientes y sus



acompañantes que sean derivados a otras Comunidades Autónomas para recibir asistencia sanitaria.

Estas ayudas solo se reconocen a los pacientes que sean derivados fuera de la Comunidad Foral para recibir asistencia sanitaria por no poder ser atendido su tratamiento en los centros sanitarios de Navarra, así como a sus acompañantes. Es decir, no se reconoce la posibilidad de acceder a ayudas a quienes, como la autora de la queja, tienen que desplazarse dentro del territorio foral para acompañar a una persona durante su ingreso en el Complejo Hospitalario de Navarra, situado en Pamplona, desde distancias lejanas, como es el caso de Tudela u otros municipios.

Sin embargo, esta distinción en el tratamiento normativo del acompañante no parece razonable, por cuanto que la situación en que se encuentran las personas que tienen que desplazarse dentro de la Comunidad Foral para acompañar a un paciente durante su ingreso hospitalario, puede ser más gravosa que la de quienes se tienen que desplazar a otra Comunidad Autónoma. Tal sería el caso, por ejemplo, de los acompañantes que residen en un municipio limítrofe con la Comunidad Autónoma en la que el paciente va a recibir la asistencia sanitaria, frente al de aquellos que residen en una localidad alejada del centro hospitalario navarro donde se va a ingresar al paciente.

6. El artículo 16 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, reconoce a los pacientes el derecho al acompañamiento, regulando especialmente el ejercicio de este derecho cuando su titularidad corresponde a menores, personas en situación de dependencia o personas sordas.

A criterio de esta institución, el ejercicio del derecho al acompañamiento se puede ver menoscabado en determinadas situaciones como las que se exponen en el escrito de queja. Por ello, la petición realizada resulta razonable e incardinable en el mencionado derecho de los pacientes al acompañamiento durante su ingreso hospitalario.

7. En virtud de cuanto antecede, dada la función encomendada a esta institución para la mejora del nivel de protección de los derechos de los ciudadanos recogida en el artículo 1 de la Ley Foral 4/2000, de 3 de julio, y de la misma manera que se reconoce el acceso a ayudas a los acompañantes de los pacientes que se tienen que desplazar a otra Comunidad Autónoma, se sugiere al Departamento de Salud que analice en profundidad el establecimiento de una ayuda económica a los acompañantes de las personas ingresadas en un centro hospitalario situado en Navarra, que tengan que desplazarse desde otros puntos de la geografía foral alejados.

Como requisitos de acceso a estas ayudas, o incluso para su modulación, podrían tomarse en cuenta, si así se aprecia, criterios como la necesidad de acompañamiento justificada en razones clínicas, la distancia del domicilio del acompañante con respecto al centro hospitalario, la necesidad de desplazarse a diario al centro hospitalario, la necesidad de alojarse en la localidad donde se encuentra ingresado el paciente, o los niveles de renta personal o familiar del beneficiario de la ayuda”.

Por otro lado, en lo que atañe a los desplazamientos a otros territorios distintos de Navarra, esta institución, a raíz de una de las quejas presentadas, resolvió **“sugerir al Departamento de Salud que actualice las cuantías correspondientes a las ayudas por gastos en que han de incurrir los pacientes cuando son derivados fuera de Navarra para recibir asistencia sanitaria, habida cuenta del incremento de los precios apreciado en los últimos años, modificando la normativa reguladora si fuera preciso”.**



Fundó la sugerencia la circunstancia de que las cuantías vigentes habían sido fijadas más de cinco años atrás (en el año 2018) y que, desde entonces, los costes en que debían incurrir las personas afectadas habían crecido de forma notable:

“Según cabe colegir, las ayudas a las que se alude tienen una naturaleza compensatoria, pues derivan de la imposibilidad de que pacientes sean atendidos en su ámbito natural o territorial, lo que, en principio, sería lo deseable.

En tal sentido, en la exposición de motivos de la orden foral reguladora, se señala que estos pacientes han de incurrir en “gastos extraordinarios como consecuencia de su derivación a centros fuera de la Comunidad Foral”.

Más allá de que, en una comparación con las ayudas análogas concedidas por otras Administraciones sanitarias, pueda llegar a considerarse que las reconocidas por Navarra sean más o menos favorables en unos u otros aspectos -cuestión a la que no entramos-, lo cierto es que, aprobadas las cuantías correspondientes en el año 2018 y calculadas, según cabe presumir, conforme a los costes ordinarios de los servicios financiados habidos en aquellas fechas, es factible que las mismas hayan quedado desactualizadas u obsoletas. Y, atendiendo a esta comparación por razones temporales, al haberse incrementado los costes, que el régimen de ayudas sea actualmente más desfavorable o limitativo que el dispuesto cuando se aprobó la norma, pudiendo quedar comprometido el objetivo perseguido por la misma, que sería neutralizar en el mayor grado posible el efecto negativo que genera la no prestación del servicio en Navarra. El propio informe del Departamento de Salud emitido a raíz de la queja aludía a la no cobertura de todos los gastos de los pacientes, “más aún tras la subida generalizada de los precios que se inició en 2021”.

Entre octubre de 2018 (fecha de aprobación de la norma) y la actualidad, según cabe extraer de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística, el IPC ha sufrido una variación al alza de, aproximadamente, el 18%, pareciendo claro que ha habido una tendencia al alza significativa en el caso de los precios de servicios como los financiados (desplazamientos, alojamientos y manutención). Transcurridos casi seis años desde la aprobación de la norma, sin cuestionar esta institución ahora las cuantías inicialmente establecidas, y no previéndose una actualización automática (se alude en el informe que no es posible conforme a la legislación vigente), vemos razonable que se resuelva, al menos, elevar los topes máximos en línea con la evolución de los precios”.

Referencias: Q17/686, Q23/837.

9. El servicio sanitario en el medio rural.

La desventaja desde la perspectiva territorial adquiere frecuentemente una mayor dimensión en el caso del medio rural, aspecto este que no es exclusivo del servicio sanitario y que, en mayor o menor medida, se presenta en buena parte del ámbito de acceso a los servicios públicos.

Como se ha anticipado, en la parte final del documento se hará referencia a un informe de las instituciones de defensores del pueblo realizado acerca de esta cuestión. Ello no obstante, procede señalar que la misma también fue objeto de una actuación de oficio por parte del Defensor del Pueblo de Navarra, que resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que elabore un protocolo**



de actuación específico (o las medidas que resulten necesarias) para atender a las necesidades particulares que presenta la prestación del servicio sanitario en el medio rural, y asegurar de este modo la efectividad de los principios de equidad y calidad en dicha prestación”.

La actuación trajo causa del fallecimiento de una persona en la localidad de Marañón, mientras esperaba a que llegara la asistencia sanitaria tras sufrir una parada cardíaca. La institución recordó los principios constitucionales y legales rectores en la materia, que vienen a amparar, y a impulsar, la adopción de medidas especiales para procurar neutralizar las desventajas que, en principio, a efectos del acceso al servicio público sanitario, pueden encontrar quienes residen en el medio rural:

“El hecho que motivó el inicio de la actuación es un reflejo de la situación en la que se encuentra la prestación del servicio público de salud en el medio rural, dadas las circunstancias que concurren en este medio (dispersión geográfica, lejanía de los centros hospitalarios, infraestructuras insuficientes, etcétera).

(...)

El objeto de esta actuación de oficio conecta con lo dispuesto en el artículo 43 de la Constitución, que reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Constitución dispone, además, que la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto

La tutela del derecho a la salud de los ciudadanos ha de hacerse de modo efectivo y adecuado y en condiciones de igualdad efectivas y reales (artículo 9.2), al margen del lugar de residencia de los particulares o de sus posibilidades físicas o económicas para desplazarse. A este respecto, el artículo 139.1 de la Constitución dispone que todos los españoles tienen los mismos derechos en cualquier parte del territorio del Estado.

(...)

Por otro lado, la sanidad, entendida esta como el conjunto de prestaciones del servicio público dirigidas a proteger el derecho de todas las personas a la salud, ha recibido la calificación de servicio público esencial o fundamental (artículo 15 de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas).

(...)

En el plano legislativo, la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, recoge, entre los principios generales sobre los que se sustentan los derechos y deberes de las personas en materia de salud, el de "equidad en el acceso al conjunto de los servicios y profesionales sanitarios disponibles" (artículo 3.1).

Dicha ley foral, en su artículo 5.1, reconoce el derecho de la persona usuaria del sistema sanitario público de Navarra a "una atención sanitaria integral y continuada entre los distintos niveles asistenciales (...) en condiciones de igualdad efectiva".

Los principios de equidad e igualdad en el acceso a los servicios sanitarios pueden demandar la adopción de determinadas medidas específicas en algunas zonas de Navarra que, por sus especiales características, se encuentren "desfavorecidas" en el acceso a los servicios públicos. En esta línea, en el preámbulo de la Ley Foral de Zonificación Sanitaria de Navarra, se expone:

"Por otra parte, se establecen diversas Zonas Básicas de Especial Actuación en atención a determinadas circunstancias de dispersión, aislamiento e



inaccesibilidad, situación fronteriza o especialmente deprimida, que hagan particularmente difícil la constitución o el funcionamiento de un equipo de atención primaria. Esta consideración de Zonas de Especial Actuación permitirá prestarles especiales y mayores apoyos y recursos, de modo que el sistema sanitario alcance en dichas zonas un nivel de calidad similar a las restantes zonas básicas".
(...)

Por otro lado, la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible en el medio rural, contempla entre sus objetivos generales la necesidad de "potenciar la prestación de unos servicios públicos básicos de calidad, adecuados a las características específicas del medio rural, en particular en los ámbitos de la educación, la sanidad y la seguridad ciudadana".

En lo que respecta a la sanidad, dicha ley establece: "De modo complementario, las medidas sanitarias requieren una adaptación del sistema público de salud a las necesidades del medio rural, completando las infraestructuras sanitarias, manteniendo y mejorando los equipamientos, y garantizando el acceso a una atención sanitaria especializada de calidad en todo tipo de zonas rurales", llegando incluso a establecer la necesidad de que se prevean "(...) medidas para propiciar que los empleados públicos, preferentemente los docentes y sanitarios, se establezcan en el medio rural".

De las previsiones constitucionales y legales expuestas se colige que la prestación del servicio sanitario en el medio rural debe recibir un tratamiento singular, que se justifica en la situación en la que se encuentran los municipios enclavados en dicho ámbito y en las circunstancias especiales y deficiencias que presenta la prestación del servicio en dichos municipios, por lo que resulta preciso que se adopten medidas específicas en aras a asegurar el cumplimiento de los principios de equidad y calidad de la prestación sanitaria en el referido medio rural.

Todo lo anterior lleva a esta institución a formular una recomendación al Departamento de Salud para que elabore un protocolo de actuación específico (o las medidas que resulten necesarias) para atender a las necesidades particulares que presenta la prestación del servicio sanitario en el medio rural, y asegurar de este modo la efectividad de los principios de equidad y calidad en dicha prestación".

Referencia: AO19/11.

10. Atención pediátrica en diversas zonas básicas.

La garantía de los derechos de las personas menores de edad es una de las áreas primordiales de actuación de la institución del Defensor del Pueblo de Navarra. La Ley Foral 12/2022, de 11 de mayo, de atención y protección a niños, niñas y adolescentes y de promoción de sus familias, derechos e igualdad, encomienda al Defensor del Pueblo de Navarra expresamente la función de velar por la defensa de los derechos de la infancia (artículo 9.3), entre ellos el derecho a la protección de la salud (artículo 19).

En referencia a las diferencias por razón del ámbito territorial y a la atención sanitaria a menores de edad, se suscitó ante la institución que existían divergencias en la atención pediátrica entre distintas zonas básicas de salud. En el caso planteado, lo cuestionado era, concretamente, el calendario de revisiones pediátricas. En el centro de salud al que se refería la queja (Sarriguren) dicho calendario había sido modificado, de tal modo que los niños y



niñas afectadas tenían menos revisiones que las practicadas en otros centros de salud cercanos.

La institución resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que, en relación con las revisiones ordinarias realizadas por los Servicios de Pediatría durante los primeros años de vida de los menores, procure una atención sustancialmente similar en los distintos centros de salud, adoptando las medidas precisas a tal fin”**.

Se recogió en la resolución que:

“En los primeros años de vida es importante realizar un seguimiento continuado de la evolución de los menores por parte de los distintos profesionales que integran los Servicios de Pediatría (personal médico y personal de enfermería, fundamentalmente), no solo para realizar evaluaciones básicas, tales como medir, pesar, vacunar, etcétera, sino también para realizar una labor preventiva que garantice el adecuado desarrollo evolutivo de los niños o para contribuir a la detección precoz de enfermedades, deficiencias visuales o auditivas, problemas del desarrollo psicomotor, etcétera.

En el caso planteado por la autora de la queja, se indica que su hija no va a tener una revisión médica desde los tres hasta los siete años, a diferencia de lo que van a tener otros menores pertenecientes a otros centros de salud.

En este contexto, parece aconsejable que, en relación con la práctica de tales revisiones, los distintos centros del Departamento de Salud mantengan pautas de atención a los ciudadanos sustancialmente similares y coordinadas.

A criterio de esta institución, esta atención preventiva no debería depender del grado de “saturación” que pueda afectar a unos u otros centros, habiendo la Administración sanitaria, en tal caso, de disponer los medios pertinentes para prestar un servicio en condiciones sustancialmente similares a todos los menores de Navarra.

Por todo ello, esta institución considera necesario recomendar al Departamento de Salud que procure una atención sustancialmente similar en los distintos centros de salud en relación a las revisiones ordinarias realizadas por los Servicios de Pediatría durante los primeros años de vida de los menores, adoptando las medidas correspondientes para hacerlo factible”.

Referencia: Q23/268.

11. Condiciones de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.

También en referencia a la necesaria protección a las personas menores de edad y sus familias, se suscitó ante esta institución la disconformidad de personal sanitario con las condiciones de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra, así como con los reiterados traslados de la citada unidad.

La institución vio preciso **“sugerir al Departamento de Salud que, a la mayor brevedad posible, y con las dotaciones presupuestarias que sean necesarias, se mejoren la situación y las condiciones de la UCI Pediátrica del Hospital Universitario de Navarra, en orden a garantizar de la forma más adecuada los derechos de las niñas y niños afectados y de sus familias”**.



La resolución recordó el deber de dispensar una especial protección a los menores y de garantizar el derecho a la intimidad y el principio de humanización de la asistencia sanitaria, aspectos en los que pueden incidir el diseño y la situación y estado de los espacios e instalaciones en que se presta el servicio público sanitario:

“4. La Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, en sus artículos 19 y siguientes, se refiere a los derechos de los colectivos más vulnerables y merecedores especial protección, entre ellos los menores.

El artículo 19.1 dispone que:

“De conformidad con el principio de humanización de la asistencia sanitaria, tanto profesionales como centros sanitarios que atiendan a personas usuarias que pertenezcan a colectivos que merezcan una especial protección, tales como personas mayores, personas con discapacidad, personas que padecen trastornos mentales, en especial cuando se encuentren en situación de dependencia, menores de edad, personas con enfermedades crónicas, enfermedades raras, terminales, víctimas de maltrato, drogodependientes, inmigrantes, colectivos en riesgo de exclusión social como las minorías étnicas y, en general, grupos concretos en riesgo de exclusión social, deberán procurar una atención personalizada y adecuada a sus circunstancias personales, que favorezca el respeto y cumplimiento de los derechos de esta ley foral”.

El artículo 20.1 establece que “la administración sanitaria velará de forma especial por los derechos relativos a la salud de los menores, de conformidad con las previsiones contenidas en la Ley Foral 15/2005, de 5 de diciembre, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia y a la Adolescencia de la Comunidad Foral de Navarra, y demás normativa aplicable” (referencia que ha de entenderse hecha actualmente a la vigente Ley Foral 12/2022, de 11 de mayo, de atención y protección a niños, niñas y adolescentes y de promoción de sus familias, derechos e igualdad).

La misma ley foral recoge, en su artículo 29.1, que “toda persona tiene derecho a ser atendida en un medio que garantice su intimidad, con especial respeto a su cuerpo durante la realización de los exámenes de diagnóstico, consultas y tratamientos médicos o quirúrgicos, cuidados, actividades de higiene y demás actuaciones sanitarias”.

Y dispone, en su artículo 30, que:

“En los centros hospitalarios del sistema sanitario público de Navarra o concertados con éste, se garantizará la disponibilidad de habitaciones individuales cuando las especiales circunstancias del paciente lo precisen, conforme a lo que reglamentariamente se establezca. El ejercicio de este derecho no podrá suponer un menoscabo del derecho a la asistencia sanitaria de otros usuarios del sistema. La política del sistema sanitario público de Navarra será la de ampliar progresivamente este derecho a todos aquellos pacientes que lo soliciten según las posibilidades futuras del propio sistema sanitario”.

5. La Ley Foral 12/2022, de 11 de mayo, de atención y protección a niños, niñas y adolescentes y de promoción de sus familias, contempla, en su artículo 19, el derecho a la protección de salud.

El precepto recoge, entre otras determinaciones, que “en los centros sanitarios, cuando sea necesario el internamiento de menores, se posibilitará la existencia de espacios adaptados a la infancia (...)”.

Se prevé, asimismo, que, en el sistema de salud público de Navarra, se mantendrán una serie de orientaciones, entre ellas la de “humanización, que se



aplicará en todo caso en ámbitos como la atención amable y cuidados en momentos como el nacimiento y lactancia y los cuidados paliativos pediátricos”.

Esta ley foral, a modo de directriz general, recoge el principio de prioridad presupuestaria, según el cual “la Administración de la Comunidad Foral contemplará en sus presupuestos, de forma prioritaria, las actividades de prevención, detección de dificultades de forma temprana y activación de medios para resolverlas, promoción, atención, formación, protección, reinserción, integración y ocio de los menores de esta Comunidad Foral, incrementando los mismos, como mínimo, en la misma medida en que se incremente el techo de gasto cuando haya incrementos. En caso de que el techo de gasto no se incremente se mantendrán, si las necesidades derivadas del objeto de esta ley foral no han disminuido”.

6. Las condiciones de los centros hospitalarios y, en concreto, las de una unidad tan sensible como la de cuidados intensivos, son susceptibles de generar un efecto negativo en los derechos de las personas menores afectadas.

A la vista de lo denunciado en la queja y de lo informado por el Departamento de Salud, se ve preciso formular una sugerencia, a fin de que, a la mayor brevedad posible, y con las dotaciones presupuestarias que sean necesarias, se mejoren la situación y condiciones de la UCI Pediátrica, en orden a garantizar de la forma más adecuada los derechos de las niñas y niños afectados y de sus familias”.

Referencia: Q23/1.

12. Prevención del tabaquismo en menores.

En el ámbito de la protección de la salud pública, y en relación también con el amparo a las personas menores de edad, en el marco de una actuación de oficio, se consideró preciso **“sugerir al Departamento de Salud que, en relación con el acceso por parte de menores al consumo de cigarrillos electrónicos o vapeadores, valore intensificar las medidas de prevención, limitación y control, en colaboración con otras Administraciones y órganos administrativos, si fuera preciso. En particular, se sugiere que se valore promover inspecciones, incluso de oficio, a los establecimientos que dispensan estos productos, con vistas a procurar evitar la venta a personas menores de edad, prohibida con arreglo a la normativa vigente”.**

La actuación y la sugerencia posterior traían causa de una denuncia pública sobre la facilidad que tendrían las personas menores de edad para acceder a vapeadores, productos que fomentarían la adicción al tabaco, problemática sobre la que la Organización Mundial de la Salud ha alertado y respecto de la que ha reclamado la adopción de medidas. En esta línea, la institución consideró:

“4. Como ha quedado reflejado, la actuación se refiere a una problemática de salud pública de cuyo auge se ha alertado y sobre la que la Organización Mundial de Salud ha reclamado la adopción de medidas, cual es el acceso por parte de menores, fundamentalmente adolescentes, al consumo de cigarrillos electrónicos o vapeadores.

El acceso a estos productos, dados los diferentes puntos de venta donde pueden encontrarse (se alude a bazares, tiendas de chucherías, etcétera), estaría exento de dificultades para los adolescentes, según se viene a denunciar, a pesar de que la venta a menores de dieciocho años está prohibida.



5. La Ley Foral 12/2022, de 11 de mayo, de atención y protección a niños, niñas y adolescentes y de promoción de sus familias, derechos e igualdad, prevé, en su artículo 64, actuaciones de prevención en el ámbito sanitario, entre ellas la relativa a “la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y adicciones”.

La misma ley foral alude, en su régimen sancionador, a “la venta, suministro o dispensación de productos o bienes prohibidos a menores” (artículo 58.4, referente a la imposición de sanciones accesorias).

La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, establece, en su artículo 13, que las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral desarrollarán diversas actuaciones relacionadas con “la promoción de los hábitos de vida saludables entre la población, y atención a los grupos sociales de mayor riesgo y, en especial, a niños, jóvenes (...)”.

La Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, se refiere también a “problemas como el consumo de tabaco” (artículo 71), así como a la obligación de la Administración sanitaria de “velar de forma especial por los derechos relativos a la salud de los menores” (artículo 20).

6. En este marco, apreciando que, efectivamente, se está ante una problemática relativamente novedosa, y posiblemente en auge, que afectaría especialmente a adolescentes, aunque valoramos positivamente la información que traslada el Departamento de Salud, consideramos que sería pertinente intensificar las medidas de prevención, limitación y control.

En particular, sin perjuicio de las demás medidas que se desarrollen y se prevean en los planes a que se alude, puede ser conveniente que las inspecciones a los establecimientos donde se venden estos productos se realicen no solo mediante denuncia, sino también de oficio, con vistas a procurar evitar la venta a personas menores de edad, prohibidas con arreglo a la normativa vigente.

Por ello, se formula una sugerencia en línea con lo que se deriva de lo anterior”.

Referencia: AO24/10.

13. Vacunaciones.

Igualmente relacionado con la protección de la salud pública y de determinados colectivos con necesidades especiales (personas menores de edad, personas mayores de avanzada edad, personas con discapacidades o patologías, etcétera), se han suscitado ante la institución controversias sobre los criterios de vacunación, normalmente por entenderse que los mismos eran restrictivos y que las personas reclamantes también deberían tener acceso.

En uno de los asuntos la institución resolvió “**recomendar al Departamento de Salud que modifique el criterio acordado respecto a la vacunación a bebés frente al virus respiratorio sincitial, de tal modo que se acoja a todos los menores de seis meses al inicio o durante la campaña 2023/2024, y no solo a los nacidos a partir del 1 de octubre de 2023**”.

La resolución, tras hacer referencia a las normas aplicables y a determinados precedentes análogos sobre el asunto, vino a considerar que no estaba suficientemente justificada la distinción que el criterio aplicado introducía entre la población de personas menores de edad que, conforme a las recomendaciones de vacunación vigentes, podía ser susceptible de acceder a la prestación. Se



consideró, además, que la distinción podía acarrear inequidades, por cuanto el acceso efectivo a la vacunación podría ser más dificultoso para familias con menos recursos:

“La cuestión que ahora nos ocupa, aunque no idéntica, comparte elementos comunes, pues se aprecia que se ha excluido a una parte de la población objetivo por razón de edad a que se refiere la recomendación de la Ponencia de Vacunaciones del Ministerio de Sanidad (recomendación que alude a los menores de seis meses al inicio o durante la campaña de VRS, es decir, los nacidos entre el 1 de abril de 2023 y el 31 de marzo de 2024, en el caso de la temporada 2023-2024), sin que, a juicio de esta institución, concurra una causa objetiva suficiente que así lo justifique y que ampare la discriminación introducida entre unos y otros menores.

En tal sentido, apreciamos que, siendo una de las estrategias de vacunación previstas en el ámbito estatal la de vacunar a todos los menores de seis meses, se ha excluido en Navarra a los nacidos entre el 1 de abril de 2023 y el 1 de octubre de 2023, por razones, se colige del informe emitido, de naturaleza económica y basadas en la relación coste-beneficio de la aplicación de la medida.

Sin embargo, a juicio de esta institución, y en el marco jurídico antes descrito, que orienta hacia una “especial” protección del derecho a la salud de los menores, y a evitar discriminaciones, tales razones habrían de ceder. Y, máxime, cuando, según se concluye de los informes, con la administración de la vacuna, se evitaría, de acuerdo con los escenarios posibles y las estimaciones calculadas, un volumen de infecciones, visitas a urgencias y hospitalizaciones no desdeñable (por más que puedan suponer un coste inferior, medido en términos puramente monetarios, al de la administración de la vacuna).

Con criterios de justicia material, y también de evitación de riesgos sanitarios, resulta muy dificultoso asumir que los nacidos en fechas previas e inmediatas al inicio de la campaña (por ejemplo, y en particular, los nacidos a finales de septiembre) deban de estar en peor condición que los nacidos al final de dicha campaña (diciembre o, en su caso, meses posteriores, de continuar la vacunación iniciado 2024), cuando la pauta recomendada englobaba al conjunto de los menores de seis meses.

Y, asimismo, no puede dejar de manifestarse que la exclusión de financiación pública de la vacuna a una parte de los menores a priori destinatarios puede provocar que, finalmente, la administración o no de dicha vacuna se produzca en función de la capacidad económica de sus familias, si la misma puede adquirirse por vía privada, lo que sería, con criterios de igualdad, una situación preferentemente a evitar”.

Por otro lado, a raíz de otra queja, se vio preciso **“sugerir al Departamento de Salud que, en la medida en que exista disponibilidad presupuestaria en futuros ejercicios económicos, se adopten las medidas precisas para administrar la vacuna contra el herpes zóster a personas nacidas con anterioridad al año 1958”.**

El fundamento de la sugerencia fue sustancialmente similar, pues la razón última de la misma fue que no se justificaba suficientemente la exclusión de personas mayores a las nacidas en el año al que se hacía referencia:

“5. Del informe del Departamento de Salud parece desprenderse que los criterios seguidos para la vacunación contra el herpes zóster son dos: por un lado, uno vinculado a los riesgos de padecimiento de herpes zóster, el cual operaría con



independencia de la edad de la persona; y, por otro lado, uno vinculado exclusivamente a la edad de la persona, el cual determinaría que, en la actualidad, únicamente se vacunaría a las personas nacidas en el año 1958.

Lógicamente, en la medida en que, con independencia de la edad, a mismos riesgos de padecimiento de herpes zóster, mismas probabilidades de ser vacunado, en el caso del primer criterio no cabe duda de que no existiría discriminación, pues ni siquiera existiría una respuesta o reacción dispar en las dos situaciones objeto de comparación.

Es el segundo criterio el que resulta más controvertido, no sólo porque excluya de la vacunación a todas aquellas personas que no hayan nacido en el año 1958, sino porque, además, el Departamento de Salud no expone con claridad en qué motivo o fundamento se sustenta.

A este respecto, el informe del Departamento parece señalar como motivo de esta decisión el hecho de que el mayor incremento de la incidencia del herpes se produce entre los 45 y los 65 años. No obstante, en la medida en que el incremento de la incidencia se produce entre esos años, podría considerarse la posibilidad de, por ejemplo, administrar la vacuna a las personas que se encuentran en el límite inferior del tramo y no a las que se encuentran en el límite superior del mismo, que se encontrarían a punto de dejar de estar en la “zona de riesgo”.

También se apunta en el informe a un motivo económico al indicarse que la vacunación de todos los mayores de 65 años supondría el desembolso de “una cantidad muy superior a la presupuestada para la totalidad del calendario vacunal vigente en la Comunidad Foral de Navarra para todas las edades”. En opinión de esta institución, sin perjuicio de su razonabilidad, la motivación económica cuando se habla de cuestiones vinculadas a la salud de las personas resulta discutible, pues no cabe duda de que es la protección de la vida y de la integridad física y psíquica de las personas, es decir, en último término de la salud, uno de los valores principales de nuestro ordenamiento jurídico.

6. En el “Informe epidemiológico sobre la situación de herpes zóster en España, 1998-2018”, elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología en 2020, se señala que la incidencia de herpes zóster muestra una tendencia creciente con la edad, la cual: se acelera a partir del grupo de 50-54; se ralentiza a partir de los 75-79; y, alcanza el máximo en el grupo de 80-84 años (página 7). Así, el 68,8 por 100 de los casos ocurren en personas de 50 o más años, el 52,8 por 100 en personas de 60 o más años y el 33 por 100 en personas de 70 o más años (p. 8). Del mismo modo, en relación con la tasa de hospitalización por herpes zóster, también se muestra una tendencia creciente con la edad, la cual se acelera a partir de los 55-59 años hasta alcanzar el máximo en el grupo de 85 y más años (p. 10). En el informe del Departamento se aporta un gráfico de incidencia por edad y sexo del herpes zóster en Navarra desde 2009 a 2019 que resulta coincidente con lo que se acaba de exponer. Así, se aprecia que:

- a) Desde el tramo 45-49 hasta el tramo 65-69 la incidencia se incrementa, de manera singularmente pronunciada en el caso de las mujeres;
- b) A partir del tramo 65-69 hasta el tramo 75-79, mientras en el caso de las mujeres la incidencia parece estabilizarse, en el caso de los hombres continúa incrementándose;
- c) A partir del tramo 75-79 hasta el tramo 80-84, mientras en el caso de las mujeres existe un incremento, en el caso de los hombres existe un descenso; y,
- d) A partir de los 85 años, la incidencia es similar en el caso de las mujeres y los hombres, lo que se traduce en que, respecto al tramo 80-84, mientras en el caso de las mujeres se produce un descenso de la incidencia, en el caso de los hombres se produce un incremento de la misma.

Por ello, esta institución estima conveniente sugerir al Departamento que, en la medida en que exista disponibilidad presupuestaria en futuros ejercicios



económicos, se adopten las medidas precisas para administrar la vacuna contra el herpes zóster a personas nacidas con anterioridad al año 1958, pues, como evidencia el “Informe epidemiológico sobre la situación de herpes zóster en España, 1998-2018” y el gráfico aportado por el Departamento de Salud, la incidencia del herpes zóster no disminuye una vez se cumplen los 65 años, sino que, en el mejor de los casos, se estabiliza”.

Por otro lado, se estimó pertinente **“recomendar al Departamento de Salud que posibilite que los menores y las menores nacidas antes del 1 de enero de 2023 y que iniciaron antes de dicha fecha la pauta de vacunación frente al meningococo B puedan completarla como prestación pública”.**

Se recogió en la resolución emitida sobre esta cuestión que:

“Consideramos que el caso ahora suscitado es sustancialmente similar. No vemos equitativo ni justificado por razones de fondo que quienes, como el hijo de la autora de la queja, nacieron en los meses previos a la introducción de la vacuna en el calendario oficial y estaban recibiendo y financiando las primeras dosis por vía privada no puedan completar la vacunación como prestación pública. No puede dejar de manifestarse que la exclusión de financiación pública de la vacuna a una parte de los menores a priori destinatarios puede provocar que, finalmente, la administración o no de dicha vacuna se produzca en función de la capacidad económica de sus familias, lo que sería, con criterios de igualdad, una situación preferentemente a evitar”.

Por último, en referencia a la vacunación, especialmente a personas mayores, frente a los virus de gripe y covid, se resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que analice y adopte medidas a fin de evitar esperas excesivas para la obtención de citas para la vacunación frente a la gripe y al covid, como la denunciada respecto al Centro de Salud de Mendavia”.**

El fundamento de la recomendación fue distinto al de los casos anteriores, pues la problemática no se refería a la selección, y consiguiente exclusión, de colectivos por razones de edad, sino a la gestión del proceso de vacunación. Se señaló en la resolución que:

“4. La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, atribuye a las Administraciones sanitarias, en materia de salud pública, la función de “vigilancia e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de transmisión de enfermedades” [artículo 13, letra b)].

En relación con lo anterior, la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, contempla (artículo 4) el “derecho a las medidas de promoción y protección de la salud frente a riesgos colectivos para la salud pública particularmente en el ámbito de las enfermedades transmisibles (...)”, así como el “derecho a la información epidemiológica y sobre programas y acciones de prevención”.

La misma ley foral prevé, en su artículo 5, el “derecho a acceder y obtener las prestaciones sanitarias que correspondan, en las condiciones legalmente establecidas, a fin de proteger, conservar o restablecer el estado de salud”; dispone, en su artículo 13, que “toda persona tiene derecho a recibir la atención sanitaria en un tiempo adecuado”; y contempla, en su artículo 19, el deber de dispensar una especial protección a los colectivos más vulnerables, entre ellos el de personas mayores.

5. Esta institución, aun entendiendo las dificultades de gestión que pueden darse



para el acceso a determinadas prestaciones, estima fundada la queja presentada y considera que debe evitarse una situación como la denunciada, y no controvertida, según la cual vecinos de Mendavia que desean vacunarse no podrían durante un espacio prolongado de tiempo obtener cita.

Las razones o dificultades a que se alude en el informe son inherentes a la actividad de gestión sanitaria y, en buena medida, correspondientes a lo propio de la coordinación entre órganos del Departamento de Salud (se apunta en el informe, como una de las razones fundamentales, al suministro de vacunas a los centros de salud por parte de Salud Pública).

Por ello, se recomienda que se analicen y adopten medidas complementarias, a fin de evitar situaciones como la denunciada por los vecinos de Mendavia y de procurar que las citaciones y el acceso a las vacunas correspondientes se produzcan con razonable celeridad”.

Referencias: AO 23/15, Q23/180, Q23/1020, Q23/1113, Q24/1176.

III. GARANTÍA DE DERECHOS CON CARÁCTER GENERAL. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA.

Como se ha expuesto al inicio, en este segundo bloque se recogen los pronunciamientos más relevantes habidos en garantía de los derechos de la ciudadanía en general.

1. Esperas en la atención sanitaria. Derecho a la atención en un tiempo adecuado.

Las esperas para recibir atención sanitaria constituyen el motivo de queja más frecuente ante esta institución en materia de salud.

La Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, reconoce, en su artículo 13, el derecho de acceso a la atención sanitaria en un tiempo máximo de demora. En concreto, se prevé que “en el sistema sanitario de Navarra, toda persona tiene derecho a recibir la atención sanitaria en un tiempo adecuado y a la garantía de los plazos máximos de respuesta previstos en la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada, y en sus normas de desarrollo”.

En relación con el citado derecho, son de aplicación la referida Ley Foral 14/2008, que, en su artículo 3, prevé distintos plazos máximos de espera en función de la modalidad de atención que se precise, y el Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la citada ley foral.

Las quejas que recibe la institución se refieren, por un lado, al acceso a la asistencia especializada (primera consulta con el especialista, intervenciones quirúrgicas, etcétera), y una parte relevante se reconduce sin necesidad de que se emita una resolución del Defensor del Pueblo de Navarra, en la medida en que, durante la tramitación, se corrige la inactividad denunciada por los ciudadanos y ciudadanas.

En casos en que ello no sucede y se comprueba que existe demora conforme a lo legalmente establecido, la institución recuerda el deber correspondiente (en función del plazo de que se trate por la atención precisa) y recomienda que se cite al paciente. Ello, además de consecuencia del propio hecho del incumplimiento del plazo y, por tanto, de la inobservancia del derecho subjetivo de la persona que solicita amparo, es conforme con lo que dispone la Ley Foral 14/2008, particularmente con los mecanismos de información y garantía que recogen los artículos 4.2 y 5.

El primero de los preceptos citados contempla que “si se prevé que el paciente no va a poder ser asistido dentro de los plazos señalados en el artículo anterior, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea deberá informarle de tal extremo y le ofertará al efecto otros centros del Sistema Sanitario Público de Navarra o, en su defecto, y de manera subsidiaria, otros centros concertados con el Sistema



Sanitario Público al objeto de cumplir con los tiempos máximos de respuesta establecidos en la presente Ley Foral”.

El segundo, por su parte, dispone un sistema de garantías, estableciendo que “en el caso de que se superen los tiempos de espera fijados en el artículo 3 de esta Ley Foral, el paciente podrá requerir del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea atención sanitaria preferente y prioritaria según lo previsto en el artículo anterior” (apartado 1); y que “en el supuesto previsto en el apartado anterior, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea estará obligado, a requerimiento del paciente, a dar respuesta inmediata de atención sanitaria, en cualquiera de los centros sanitarios de la red pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o en su defecto, y de manera subsidiaria, en centros concertados con el sistema sanitario público” (apartado 2).

Son múltiples los pronunciamientos de la institución en garantía de este derecho. A modo recopilatorio, por su carácter general, y por entender que puede ser representativo de la problemática apuntada, se recoge aquí únicamente lo resuelto en una actuación de oficio impulsada sobre el asunto, comprensiva de tres pronunciamientos:

a) Recomendar al Departamento de Salud que evalúe y adopte medidas que permitan cumplir con los tiempos máximos de atención que la ley reconoce a los usuarios del sistema sanitario (Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada, y normativa reglamentaria de desarrollo).

b) Recordar al Departamento de Salud el deber de observar lo previsto por el artículo 4.2 de dicha ley foral, de forma que, si se prevé que el paciente no va a poder ser asistido dentro de los plazos correspondientes, se le informe de tal extremo y se le oferten otros centros del Sistema Sanitario Público de Navarra o, en su defecto, y de manera subsidiaria, otros centros concertados con el Sistema Sanitario Público, al objeto de cumplir con los tiempos máximos de respuesta.

c) Recomendar al Departamento de Salud que profundice en la adopción de medidas de información a los ciudadanos sobre las previsiones de demora en la atención concreta que precisen y sobre la situación de los interesados en la correspondiente lista de espera, incluyendo, su posición en la lista u orden de prelación.

Los fundamentos de la resolución, que, como podrá comprobarse, son coincidentes con lo anticipado, fueron los que siguen a continuación:

“3. El objeto de la presente actuación conecta con el derecho de acceso a la atención sanitaria en un tiempo máximo de demora, que reconoce el artículo 13 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. El precepto dispone que:

“En el sistema sanitario de Navarra, toda persona tiene derecho a recibir la atención sanitaria en un tiempo adecuado y a la garantía de los plazos máximos



de respuesta previstos en la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada, y en sus normas de desarrollo”.

4. La Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada, prevé los plazos máximos de respuesta.

Asimismo, la citada ley foral dispone (artículo 4.2) que “si se prevé que el paciente no va a poder ser asistido dentro de los plazos señalados en el artículo anterior, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea deberá informarle de tal extremo y le ofertará al efecto, otros centros del Sistema Sanitario Público de Navarra o, en su defecto, y de manera subsidiaria, otros centros concertados con el Sistema Sanitario Público al objeto de cumplir con los tiempos máximos de respuesta establecidos en la presente Ley Foral”.

La ley foral contempla, asimismo, un sistema de garantías (artículo 5):

“1. En el caso de que se superen los tiempos de espera fijados en el artículo 3 de esta Ley Foral, el paciente podrá requerir del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea atención sanitaria preferente y prioritaria según lo previsto en el artículo anterior.

2. En el supuesto previsto en el apartado anterior, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea estará obligado, a requerimiento del paciente, a dar respuesta inmediata de atención sanitaria, en cualquiera de los centros sanitarios de la red pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o en su defecto, y de manera subsidiaria, en centros concertados con el sistema sanitario Público”.

Y, finalmente, la ley foral prevé (artículos 7 y siguientes) un sistema de información sobre las listas de espera.

El artículo 7 prevé que:

“1. El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea facilitará información mensual, a través de la página Web del Gobierno de Navarra y otros medios oficiales de comunicación a los que tienen acceso todos los ciudadanos, sobre el número de pacientes y la espera media para los distintos procedimientos quirúrgicos, consultas externas y pruebas diagnósticas, en cada uno de los centros y Servicios del Sistema Sanitario Público navarro.

2. El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea cumplirá lo dispuesto el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo, de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto en esta Ley Foral o en otras posteriores que se aprueben para el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra. La información sobre las listas de espera se ajustará a lo establecido en la normativa básica y en los Reales Decretos aplicables en cada momento”.

El artículo 8 se refiere al registro de pacientes en listas de espera, en los siguientes términos:

“Se crea el Registro de pacientes en listas de espera de Navarra adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que cumplirá lo dispuesto en el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo. La información sobre las listas de espera se ajustará a lo establecido en la normativa básica y en los Reales Decretos que resulten de aplicación en cada momento.

En este registro se inscribirán todos los pacientes que soliciten una atención especializada de carácter programado y no urgente, siempre cumpliendo con la Ley de Protección de Datos.

La organización y funcionamiento del Registro se establecerá reglamentariamente teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, por la que se regula el programa de evaluación y actuación sobre listas de espera quirúrgicas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”.

El Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en



atención especializada, recoge una regulación más pormenorizada y, en especial, desarrolla las previsiones relativas al sistema de información.

5. Esta institución, a la vista de la legislación citada y de la información recabada, considera que el Departamento de Salud debe evaluar y adoptar medidas que permitan cumplir con los tiempos máximos de atención que la ley reconoce a los usuarios del sistema sanitario.

Asimismo, la institución estima que debe cumplirse con lo previsto en el artículo 4.2 de la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de tal modo que, cuando se prevea que el plazo no va a ser cumplido, se informe a los pacientes de las posibles alternativas que tienen para ser atendidos.

Por otro lado, en relación con la gestión de las esperas, la institución entiende que el Departamento de Salud debería profundizar en la adopción de medidas de información a los ciudadanos sobre las previsiones de demora en la atención concreta que precisen y sobre la situación de los interesados en la correspondiente lista de espera, incluyendo, si fuera posible, su posición en la lista u orden de prelación.

La incertidumbre sobre las previsiones de atención puede incrementar la afección negativa que, de por sí, puede llegar a generar una espera excesiva, por lo que parece necesario procurar medidas para minimizar aquella”.

Por otro lado, aunque en menor medida, también se han recibido quejas referidas a demoras en el acceso a la atención primaria que se presta en los centros de salud (dilaciones en facilitar citas con el personal médico o de enfermería correspondiente, necesidad de reiterar llamadas o de hacer colas presenciales, etcétera), demoras que, ordinariamente, se asocian a reclamaciones por el funcionamiento de dichos centros y por la escasez de profesionales, aspecto al que se hace referencia en el siguiente apartado.

Referencia: AO22/16.

2. Funcionamiento de centros de salud de atención primaria. Escasez de personal sanitario médico y atención por personal de enfermería y personal administrativo.

En línea con lo ya apuntado, no son infrecuentes tampoco las quejas que aluden a deficiencias en el funcionamiento de centros de salud de atención primaria. Aparte de quejas más puntuales o casuísticas, referidas a concretas atenciones, en aquellas se señalan aspectos más estructurales, como la escasez de personal sanitario, especialmente de médicos y pediatras, las dificultades para obtener citas con la celeridad que sería deseable, o la atención por personal administrativo en supuestos en que, a juicio de los interesados, se requiere atención facultativa.

Una de las actuaciones que se llevó a cabo se impulsó ante la denuncia pública de sesenta y cuatro pediatras de diversos centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, formulada por la falta de profesionales de pediatría y la sobrecarga laboral que se padece derivada de tal carencia. En referencia a este asunto, la institución consideró preciso **“recomendar al Departamento de Salud que continúe adoptando medidas para mejorar de forma efectiva la cobertura pediátrica existente en la Comunidad Foral de Navarra”.**



Se adujo en la resolución que:

“4. Esta institución, aun comprendiendo las dificultades que refiere el informe y valorando las medidas generales a que alude el Departamento de Salud en el mismo, aprecia que, efectivamente, se ha producido una minoración en los recursos personales afectos al servicio de pediatría en determinadas zonas de la Comunidad Foral de Navarra, siendo este un problema que afecta al conjunto del Estado.

En relación con la cuestión que se suscita, la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, recoge, entre los principios generales sobre los que se sustentan los derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, el de "equidad en el acceso al conjunto de los servicios y profesionales sanitarios disponibles" (artículo 3.1).

Dicha ley foral, en su artículo 5.1, reconoce el derecho de la persona usuaria del sistema sanitario público de la Comunidad Foral de Navarra a "una atención sanitaria integral y continuada entre los distintos niveles asistenciales (...) en condiciones de igualdad efectiva".

Los principios de equidad e igualdad en el acceso a los servicios sanitarios pueden demandar la adopción de determinadas medidas específicas en algunas zonas de Navarra que, por sus especiales características, se encuentren "desfavorecidas" en el acceso a los servicios públicos. En esta línea, en el preámbulo de la Ley Foral de Zonificación Sanitaria de Navarra, se expone:

"Por otra parte, se establecen diversas Zonas Básicas de Especial Actuación en atención a determinadas circunstancias de dispersión, aislamiento e inaccesibilidad, situación fronteriza o especialmente deprimida, que hagan particularmente difícil la constitución o el funcionamiento de un equipo de atención primaria. Esta consideración de Zonas de Especial Actuación permitirá prestarles especiales y mayores apoyos y recursos, de modo que el sistema sanitario alcance en dichas zonas un nivel de calidad similar a las restantes zonas básicas". Asimismo, resulta preciso tener en cuenta que el colectivo de los menores de edad tiene la consideración de colectivo especialmente vulnerable al que resulta preciso prestar una atención más específica. A tal efecto, el artículo 20.1 de la referida Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, dispone que: "La administración sanitaria velará de forma especial por los derechos relativos a la salud de los menores, de conformidad con las previsiones contenidas en la Ley Foral 15/2005, de 5 de diciembre, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia y a la Adolescencia de la Comunidad Foral de Navarra, y demás normativa aplicable".

Todo lo anterior lleva a esta institución a formular una recomendación sobre el asunto, a fin de que continúen adoptándose medidas para mejorar de forma efectiva la cobertura pediátrica existente en la Comunidad Foral de Navarra".

Han sido varios también los pronunciamientos en los que la institución ha resuelto, en referencia a diversas zonas básicas de salud, y en relación bien con el personal médico de atención primaria, bien con el personal de pediatría, **“recomendar al Departamento de Salud que, a fin de garantizar una atención sanitaria de calidad en la zona básica de (...), ahonde en la adopción de las medidas precisas para contar con personal médico suficiente”**.

En referencia a esta cuestión, se vino a expresar que:



“La cuestión planteada en sendas quejas no es nueva y ha sido objeto también de los expedientes Q22/393, Q22/1331 y Q22/1346, estas dos últimas en relación con la vertiente pediátrica del problema.

A raíz de la tramitación de estas quejas, esta institución es conocedora de la existencia del problema y de que la Administración está implementando medidas destinadas a solventarlo, que, desgraciadamente no parecen estar dando los frutos deseados. Por ello, esta institución estima conveniente recomendar al Departamento que ahonde en la adopción de dichas medidas”.

Se ha cuestionado también la imposibilidad en algunos casos de obtener citas médicas en el día, por agotarse las mismas en un breve espacio de tiempo. Se ha apuntado por la Administración la posibilidad de que, en determinadas situaciones, sea el personal de enfermería el que asuma la atención. La institución resolvió **“sugerir al Departamento de Salud que, en referencia al problema existente a la hora de conseguir una “cita día” y a sus posibles causas, ahonde en la adopción de las medidas precisas para procurar solucionarlo; y, en todo caso, si el Departamento considera como alternativa válida la atención por personal de enfermería en casos como el que ha sido objeto de queja, que se informe de esta vía a los pacientes, para que puedan optar a la misma”.**

Se consideró en la resolución emitida que:

“Debe declararse, a la vista de lo que se señala en relación con el agotamiento de citas por casos banales, que, en no pocas ocasiones, ante el padecimiento de unos síntomas, puede resultar complicado para el paciente discernir si el motivo por el que llama constituye o no un supuesto de urgencia grave o vital o, incluso, sin llegar a ese grado, si se trata de un episodio banal o relevante para su salud. Señalado lo anterior, la institución estima que el Departamento de Salud ha de analizar la problemática que se plantea en relación con el posible agotamiento sistemático y rápido de las denominadas “citas día” (demandas de atención para el propio día), pues puede estarse ante un indicador de sobrecarga o escasez de recursos del sistema para atender la demanda de atención sanitaria.

Y, en esta línea, sí, como se apunta en el informe, el Departamento de Salud considera que una vía de atención alternativa puede ser la atención rápida de determinados casos (como pudiera ser el descrito) por personal de enfermería, sería adecuado informar específicamente de esta posibilidad al paciente, sin que se aprecie que se hiciera en la situación objeto de la queja.

Teniendo todo ello en cuenta, esta institución ve pertinente sugerir al Departamento de Salud que continúe trabajando en la adopción de medidas tendentes a mejorar el problema de imposibilidad de atención en el día del que es conocedor, bien sea implementando el modelo propuesto en su informe, bien adoptando cualquier otro orientado a ese fin; y, en todo caso, si el Departamento considera como alternativa válida la atención por personal de enfermería, que se informe de esta vía de atención a los pacientes, para que puedan optar a la misma”.

Y, en referencia a la forma de atenderse en los centros de salud, también se ha cuestionado la asunción de un papel por personal administrativo que algunos ciudadanos consideran excesivo, por estimar que sería propio del personal médico o sanitario, al ser obligada a afectos de admisión la comunicación de los síntomas o padecimientos sufridos. En las quejas recibidas se suscitaban tanto



cuestiones de confidencialidad (por considerar los interesados que la comunicación de sus síntomas o enfermedades correspondería exclusivamente a la relación médico-paciente), como de capacitación profesional para una adecuada atención sanitaria. A propósito de esta controversia, se vio preciso **“recomendar al Departamento de Salud, en relación con el funcionamiento de los servicios de admisión en atención primaria, que garantice que sea personal sanitario el que determine el profesional que ha de atender al paciente y con qué urgencia o, cuando menos, que dicho personal, integrándose en tales servicios de admisión, supervise las decisiones que puedan adoptarse. Asimismo, recomendar que, en todo caso, para el supuesto de que personal administrativo participe en esta función de los servicios de admisión, se le proporcione la formación en materia sanitaria imprescindible para poder ejercerla en la mejor de las circunstancias, acompañada de los protocolos e instrucciones correspondientes elaborados por personal sanitario del Sistema de Atención Primaria”**.

Se consideró por la institución que:

“A efectos de resolver la cuestión objeto de sendas quejas, debe comenzarse señalando que, en opinión de esta institución, la clave no radica en que el personal administrativo de los centros de salud sea o no miembro del Equipo de Atención Primaria, sino si, de acuerdo con la formación que dicho personal ostenta, tiene capacidad técnica para asumir alguna de las funciones que le han sido atribuidas como parte de dicho Equipo.

El hecho de que el Equipo de Atención Primaria esté compuesto por personal médico, de enfermería y administrativo no significa que, por tener diferentes formaciones, puedan alternativamente los unos desempeñar las funciones de los otros, sino que precisamente, dado que son un Equipo, sus integrantes tienen asignados diferentes roles y, de manera complementaria y coordinada, deben realizar las funciones propias de cada uno de dichos roles.

De la información obrante en el expediente se desprende que el servicio de admisión está compuesto exclusivamente por personal administrativo y que, en cuanto miembro del Equipo de Atención Primaria, en función de la información que facilita el ciudadano, el personal de administración determina a qué otro integrante del Equipo le corresponde la cita (personal sanitario) y, de uno u otro modo, participa en la labor de priorizar la recepción de la atención por parte de los pacientes.

Sin perjuicio de que esté vinculada con la agilidad y eficiencia de la agenda de los centros de salud, en opinión de esta institución, el desempeño de esta función supone incidentalmente el ejercicio de una tarea que va más allá de lo administrativo, pudiéndose considerar en cierta medida “sanitaria”, pues según el juicio que se forme a partir de la información facilitada por el ciudadano, aquél determinará a qué profesional y con qué urgencia asignará la cita para que el ciudadano reciba la atención que indiciariamente ha considerado que debe recibir. Dado que, según se reconoce en el segundo de los informes del Departamento, al personal de administración no se le exige una formación específica en materia sanitaria, esta institución considera conveniente recomendar que, a fin de desarrollar esa función que le ha sido asignada en cuanto integrante del Equipo de Atención Primaria, se le dé la formación en materia sanitaria imprescindible para poder ejercerla en la mejor de las circunstancias, acompañada de los protocolos e instrucciones correspondientes elaborados por personal sanitario del Sistema de Atención Primaria.



Dado que dicho proceso formativo, por básico que sea, puede exigir una organización y un plazo considerables, esta institución estima necesario que, entre tanto, el triaje, respecto a qué profesional debe atender al paciente y con qué urgencia, se realice por personal sanitario o, al menos, con su supervisión, mediante su incorporación al servicio de admisión”.

Referencias: AO19/2, Q22/761, Q22/1155, Q22/1174, Q22/1251, Q22/1331, Q22/1346, Q22/1427, Q23/27, Q24/1149.

3. Derecho a la libre elección de médico. Derecho a la segunda opinión.

El derecho a la libre elección de médico general viene reconocido tanto en el artículo 12.1 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, como en el artículo 8.1 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud de Navarra. Este último dispone que todos los ciudadanos “acogidos a la asistencia sanitaria pública tienen derecho a la libre elección de médico general, pediatra hasta la edad de catorce años inclusive, tocoginecólogo y psiquiatra, de entre los que presten sus servicios en el Área de Salud de su lugar de residencia”.

La regulación del derecho a nivel legal es parca, de tal modo que el ejercicio del mismo, en la práctica, depende de la aplicación de dos decretos forales: el Decreto Foral 244/1994, de 28 de noviembre, por el que se regula el derecho de libre elección de médico general y médico pediatra en atención primaria, y el Decreto Foral 122/2002, de 10 de junio, por el que se amplía el derecho a la libre elección de médico general y pediatra en atención primaria en determinadas zonas básicas de salud y se desarrolla el derecho a la libre elección de especialista en obstetricia y ginecología en los centros de atención a la mujer. La normativa parte del derecho a la libre elección y configura un procedimiento reglado, esto es, en el que las causas de denegación aparecen tasadas, de forma que no cabría aducirse otros motivos que los expresamente contemplados legal o reglamentariamente. Sin embargo, la institución ha apreciado, por un lado, que, en ocasiones, ni siquiera se resuelven las solicitudes de cambio de médico expresamente y en su debido momento, y, por otro lado, que, a veces, se aducen causas de denegación no contempladas en la normativa.

Por parte de la institución, en diversos casos en que se ha planteado esta situación, se ha resuelto, en términos sustancialmente similares, **“recomendar al Departamento de Salud que se tramite y valore la solicitud de cambio de médico presentada por la autora de la queja con arreglo a lo previsto en el Decreto Foral 244/1994, de 28 de noviembre, por el que se regula el derecho de libre elección de médico general y médico pediatra en atención primaria, dado que las razones aludidas para la denegación no se acomodan a la citada norma”**.

En este sentido, se ha recordado:

“3. En relación con la cuestión suscitada, ha de partirse de que el artículo 12.1 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, prevé que “los usuarios



del sistema sanitario público de Navarra tienen derecho a la libre elección de médico general de acuerdo con la reglamentación vigente en cada momento”.

El Decreto Foral 244/1994, de 28 de noviembre, por el que se regula el derecho de libre elección de médico general y médico pediatra en atención primaria, dispone, en su artículo 1.1, que “todos los ciudadanos acogidos a la Asistencia Sanitaria Pública tienen derecho a elegir libremente médico general de entre los del sector público que presten sus servicios en las Estructuras de Atención Primaria del Área de Salud de su lugar de residencia”.

Asimismo, establece que el derecho a la libre elección podrá ejercerse a voluntad del ciudadano (artículo 2) y que se requerirá la aceptación previa y expresa del médico en el caso de que el ciudadano resida en un municipio y zona básica de salud distinta de aquella a la que esté asignado el médico elegido (artículo 3.2).

El artículo 6 señala que “a fin de garantizar el desarrollo de una adecuada calidad asistencial, el número de ciudadanos que podrán ser adscritos a cada médico general estará comprendido entre 1.500 y 2.000” y que “a estos efectos, el Consejero de Salud podrá precisar mediante Orden Foral el número óptimo correspondiente a cada zona básica de salud, que vendrá determinado por los siguientes criterios (...)”.

Y el artículo 7 dispone que “el médico elegido por el ciudadano podrá rechazar la adscripción del mismo cuando:

- Haya alcanzado el número óptimo o, en su defecto, el número máximo de ciudadanos adscritos.*
- El ciudadano tenga fijada su residencia en municipio y Zona Básica de Salud distinta a aquella en la que éste destinado el médico.*
- Lo aconsejen razones de relación médico-paciente u otras debidamente justificadas, con la conformidad del Director de la Zona Básica de Salud o del responsable de atención primaria correspondiente”.*

Se colige de esta regulación que, en principio, todo ciudadano tiene derecho a elegir médico dentro del área de salud de que se trate, y que, aunque el derecho a la elección no es ilimitado, la negativa ha de basarse en las circunstancias expresadas en la norma, pues se está ante un procedimiento reglado.

4. En el caso suscitado, no se aprecia que la denegación se haya fundado en una causa prevista en la normativa.

Se aduce en el informe recibido que el hecho de que la plaza del médico de la interesada esté vacante no es suficiente para considerar el cambio. Sin embargo, aunque es cierto que esa circunstancia de la plaza no determina necesariamente el cambio de facultativo, tampoco es impeditiva de que se ejerza el derecho a la libre elección que reconoce la ley.

No se concluye de la normativa vigente que la solicitud de cambio de médico se condicione a una determinada situación o motivación (como puede ser el hecho de que quede vacante la plaza que ocupaba el médico asignado a la paciente), pues se está ante un derecho de libre elección, a voluntad del ciudadano, que puede limitarse por las razones que contempla la norma, pero no en función de la motivación interna que lleve a tal ejercicio del derecho, ni de causas diferentes a las previstas en aquella.

(...)

En todo caso, como decimos, se está ante un derecho de libre elección, por lo que una eventual negativa, de proceder, habría de fundarse en las causas limitativas que contempla la norma, distintas de las expresadas en este caso por el Departamento de Salud”.

Relacionado con este derecho, también se han planteado algunas controversias en que es una decisión de planificación y reorganización administrativa la que



produce el cambio de centro de salud del paciente y, por ende, de médico o pediatra asignado. En esta situación la institución, además de sugerir que se permitiera la elección de pediatra, resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que adopte las medidas de planificación y organización de la atención sanitaria necesarias para evitar que en el futuro se produzcan situaciones análogas a la que ha ocasionado la necesidad de reorganizar la atención pediátrica en la zona básica de salud de Sarriguren, con el correspondiente impacto que dicha reorganización ha generado sobre las familias de los niños y niñas objeto de la misma”**.

Se señaló en la resolución emitida lo siguiente:

“3. Como ha quedado reflejado, la queja tiene por objeto la decisión unilateral de la Administración de asignar a la hija de la interesada al Centro de Salud de Mendillorri derivada de la reorganización de la atención pediátrica en el Centro de Salud de Sarriguren como consecuencia del elevado número de niños y niñas que debía éste atender.

Así el Departamento señala que, a la vista de que el Centro de Salud de Sarriguren se veía obligado a atender a 6.000 niños y niñas –i.e., 1.000 niños y niñas por médico pediatra–, se estimó conveniente adoptar medidas organizativas de mejora, entre las que se encuentra la asignación de parte de dichos niños y niñas al Centro de Salud de Mendillorri, que actualmente atendería 400 niños y niñas menos por médico pediatra que el Centro de Salud de Sarriguren.

4. Esta institución considera que la cuestión planteada es en cierta medida una manifestación de los problemas derivados de la singular situación de Erripagaña, que ya fueron examinados por esta institución en el Expediente Q23/49.

Al proyectarse y edificarse Erripagaña, en opinión de esta institución, era previsible que, al ser un enclave principalmente habitado por personas jóvenes, ante la inexistencia de una zona básica de salud propia, la demanda de atención pediátrica en las zonas básicas de salud a las que se adscribieran sus vecinos se vería incrementada notablemente.

Si a ello se suma el hecho de que, por la edad media de su población, la zona básica de salud de Sarriguren ya de por sí tendría una demanda de atención pediátrica elevada, al sumarse a ésta la derivada de todo o parte de la población residente en Erripagaña, era previsible que se generaría un problema, como así ha ocurrido.

A fin de resolver este problema, mientras se construye el Centro de Salud de Erripagaña, el Departamento ha optado por reorganizar la atención pediátrica, asignando a parte de los niños y niñas actualmente adscritos al Centro de Salud de Sarriguren al Centro de Salud de Mendillorri.

En la medida en que, según señala el Departamento en su informe, se busca atajar un problema existente atendiendo a un mayor equilibrio en la carga de trabajo entre los profesionales sanitarios de dos zonas básicas de salud contiguas, esta institución no encuentra motivos para cuestionar la necesidad de realizar la reorganización objeto de controversia, aunque sí echa en falta una exposición detallada de qué criterios concretos se han seguido para determinar que niños y niñas debían permanecer adscritos al Centro de Salud de Sarriguren y cuáles debían pasar a estarlo al Centro de Salud de Mendillorri, con los consiguientes inconvenientes que ello puede ocasionarles a ellos y sus familias, cuyas circunstancias particulares se ignora asimismo si se han tenido en cuenta a la hora de tomar dicha decisión.

(...)



5. Por todo ello, esta institución estima oportuno recomendar al Departamento que adopte las medidas de planificación y organización de la atención sanitaria necesarias para evitar que en el futuro se produzcan situaciones análogas a las que han ocasionado la necesidad de reorganizar la atención pediátrica en la zona básica de salud de Sarriguren, con el correspondiente impacto que dicha reorganización ha ocasionado sobre las familias de los niños y niñas objeto de la misma”.

Por otro lado, el artículo 14 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, reconoce el derecho a la segunda opinión médica. El precepto dispone que las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral garantizarán a los pacientes de los centros y servicios sanitarios propios y concertados el derecho a la segunda opinión, reglamentando los procedimientos de obtención de información suplementaria o alternativa ante recomendaciones terapéuticas o inclinaciones diagnósticas de elevada trascendencia individual.

En relación con este derecho, la institución resolvió **“sugerir al Departamento de Salud que adopte las medidas precisas para mejorar la publicidad de la posibilidad de solicitar un cambio de especialista y de segunda opinión médica cuando se esté disconforme con la atención recibida”**.

Se razonó que:

“Teniendo esto en cuenta, probablemente la intención de la facultativa era exponer los riesgos de la intervención, pero atendiendo al contenido de las expresiones, que son objetivamente inapropiadas, es comprensible que el autor de la queja las percibiera como intentos de disuasión a su intención de ser sometido a la intervención quirúrgica recomendada por el traumatólogo del Centro Doctor San Martín, generando razonablemente con ello una disconformidad con la atención recibida.

Sobre este punto en el informe se señala que, al no estar de acuerdo con la atención recibida, el interesado “podría haber solicitado un cambio de especialista o de una 2ª opinión en el sistema público, ya que ambos derechos están recogidos dentro del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”. No obstante, a la vista de las diversas quejas que sobre esta cuestión se reciben, esta institución tiene la sensación de que no se ofrece por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a los posibles interesados información suficiente sobre la posibilidad de solicitar tanto un cambio de especialista como una 2ª opinión médica.

Por ello, se estima conveniente sugerir al Departamento de Salud que adopte las medidas precisas para mejorar la publicidad de la posibilidad de solicitar un cambio de especialista y de segunda opinión médica cuando se esté disconforme con la atención recibida”.

Referencias: Q21/1147, Q22/251, Q22/1223, Q23/912, Q24/11, Q24/30, Q24/208, Q24/478, Q24/786.

4. Derecho a presentar reclamaciones.

La Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, en su artículo 47,



dispone que “los ciudadanos que utilicen los centros y servicios de la red sanitaria pública de la Comunidad Foral de Navarra y los centros concertados con ella, tienen derecho a formular las sugerencias, quejas y reclamaciones que estimen oportunas en relación con la atención recibida”.

Se prevé, asimismo, que “la administración sanitaria de la Comunidad Foral dispondrá las medidas necesarias para garantizar el derecho a utilizar los procedimientos de reclamación y sugerencia, así como a recibir respuesta razonada en un plazo no superior a 20 días naturales desde la presentación de la queja o reclamación. El Centro remitirá al reclamante comunicación por escrito, conforme a lo previsto en la normativa vigente”.

Con ocasión de quejas presentadas en esta institución, fue necesario **“recordar al Departamento de Salud el deber legal de resolver expresamente las reclamaciones que le presenten los pacientes (Servicio de Atención al Paciente), analizando todas la cuestiones que suscita la reclamación”**.

En tal sentido, se señaló:

“Por lo tanto, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea debe tramitar y resolver las reclamaciones que le formulen los ciudadanos en relación con el servicio sanitario, dando a los interesados respuesta razonada en un plazo de veinte días naturales.

En el caso que nos ocupa, a la vista de lo informado por el Departamento de Salud, esta institución no puede considerar acreditado que se haya resuelto debidamente la reclamación de la interesada. Esta refiere que no habido tal resolución y el informe administrativo no da cuenta de la tramitación de la reclamación”.

Referencias. Q18/442, Q23/360.

5. Acceso a historia clínica y protección de datos.

El acceso a la historia clínica del paciente y la necesidad de proteger sus datos personales -los referentes a la salud de las personas constituyen datos “sensibles” o especialmente protegidos- también han generado quejas ante la institución.

En una de las recibidas la institución vio necesario **“recomendar al Departamento de Salud que adopte las medidas precisas para asegurar que la remisión de la información obrante en la historia clínica se hace de forma que quede garantizado que únicamente su titular o las personas por él, o por la ley, autorizadas puedan acceder a la misma”**.

Se señaló en la correspondiente resolución que:

“Incidentalmente a la cuestión del acceso a la información se plantea la cuestión de la forma en que aquélla es enviada y su seguridad.

Esta institución estima que, por su naturaleza especialmente sensible, la información sanitaria debe ser enviada de forma que el acceso a la misma únicamente por el paciente, o por la persona por él o por la ley autorizada, esté



garantizada.

A este respecto, en el caso que nos ocupa, no existe controversia en que el envío de una de las copias de la historia clínica del interesado no se habría realizado conforme a estas condiciones, ya que el sobre con la información, por su tamaño, no pudo ser introducido en el buzón, y, además, presentaba diversos desperfectos”.

En otro caso, se resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que investigue el acceso y consulta de los datos personales del autor de la queja y su esposa por parte del personal administrativo del centro de salud y, en caso de constatar que el mismo no resulta amparable por la normativa en materia de protección de datos, adopte las medidas disciplinarias necesarias contra la persona que accedió y consultó dichos datos personales”**.

En la resolución emitida, tras señalarse la normativa sobre protección de datos aplicable, se señaló que:

“En el caso que nos ocupa, a la vista de esta normativa cabe concluir que:

a) De acuerdo con el artículo 4 del Reglamento, el acceso y consulta por parte de una administrativa de un centro de salud a los datos de un paciente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea constituye una forma de tratamiento;

b) Dentro de los datos personales de cuyo tratamiento es responsable el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea cabe distinguir dos categorías:

1) Los que el Departamento de Salud viene a denominar en su informe como “datos administrativos”, cuyo tratamiento sería lícito si concurriese alguna de las circunstancias del artículo 6 del Reglamento; y,

2) Los que el Departamento de Salud viene a denominar en su informe como “datos clínicos” y “datos sanitarios”, cuyo tratamiento estaría prohibido, salvo cuando concurra alguna de las circunstancias del artículo 9.2 del Reglamento.

c) De este modo, contrariamente a lo que parece defender el Departamento de Salud en su informe, el acceso a los denominados “datos administrativos” no resulta libre, sino que debe responder a alguna de las circunstancias habilitantes previstas en el artículo 6 del Reglamento.

Teniendo esto en cuenta, en la medida en que el Departamento no alega un motivo que permita permitir evaluar si el acceso y consulta de los “datos administrativos” del autor de la queja y su mujer por parte de la administrativa del centro de salud de Lodosa responde a alguna de las circunstancias habilitantes para ello y, en consecuencia, es lícito, esta institución estima oportuno recomendar al Departamento que investigue lo sucedido y, en caso de que dicho acceso y consulta no estén amparados por las circunstancias habilitantes previstas en el artículo 6 del Reglamento, adopte las medidas disciplinarias necesarias contra la persona que accedió y consultó dichos datos personales”.

Referencias: Q24/267, Q23/995.

6. Reproducción asistida.

El derecho de acceso a tratamientos de reproducción es otro de los aspectos que en esta institución viene siendo planteado a través de distintas quejas, formuladas por mujeres que, por diversos factores, perciben que los criterios



establecidos, o las interpretaciones de los mismos, resultan discriminatorios para ellas.

En el contexto de una actuación de oficio llevada a cabo años atrás, la institución resolvió **“recomendar al Departamento de Salud que, con la debida celeridad, garantice sin más demora el pleno derecho de las mujeres a la fecundación in vitro, cuyo ejercicio viene negándose en la práctica sin una justificación suficiente”**; y recordar que el artículo 51 de Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de igualdad entre hombres y mujeres, establece el deber del Gobierno de Navarra de garantizar el pleno derecho de las mujeres a las técnicas de reproducción humana asistida, independientemente de su estado civil, orientación sexual, procedencia o identidad”.

Se relataron en la actuación, a modo recopilatorio, una serie de casos que se habían suscitado ante la institución, y se razonó que:

“3. La Ley 14/2006, de 26 de mayo, de Técnicas de Reproducción Asistida, en su artículo 6.1, establece que “toda mujer mayor de dieciocho años y con plena capacidad de obrar puede ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa. La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual”.

La institución del Defensor del Pueblo de Navarra ha venido señalando al Departamento de Salud que, de dicho precepto legal, se infiere la voluntad del legislador de que las mujeres solas, esto es, sin necesidad de tener pareja, puedan acceder a la tecnología procreativa para fundar su propia familia.

A este respecto, resulta oportuno recordar que el artículo 6.1 de la anterior Ley 35/1988, de 22 de noviembre, de Técnicas de Reproducción Asistida, que también reconocía el derecho de toda mujer a ser usuaria de las técnicas reguladas en la ley, fue impugnado ante el Tribunal Constitucional, argumentándose que autorizar la inseminación de las mujeres sin pareja vulneraba la garantía constitucional de la institución familiar, así como la debida protección del interés del niño, y que el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 116/1999, de 17 de junio, rechazó estos argumentos, recordando su doctrina relativa a la pluralidad de formas de familia admitidas por la Constitución, y, respecto de la protección debida al interés del niño, que la circunstancia de la falta de un padre no vulneraba la Constitución.

4. En el ámbito civil, el reconocimiento de la igualdad de los hijos ante la ley, con independencia de que sus progenitores estén o no casados entre sí, lleva implícito el reconocimiento de que el matrimonio o la pareja de hecho estable no son requisitos jurídicos necesarios para la procreación. Siendo así jurídicamente, las mujeres pueden acceder a la maternidad sin necesidad de que su status esté legitimado por un determinado vínculo jurídico, ni por la presencia o el concurso de un hombre.

5. En suma, a la vista de la normativa de reproducción asistida y de la regulación de la familia y de la filiación que hace el Código Civil, cabe concluir que la procreación, incluidas las técnicas de reproducción asistida, lejos de ser un derecho exclusivo de la pareja heterosexual, es un derecho de titularidad individual, toda vez que el derecho a procrear no está ligado con la familia, sino que se constituye como un derecho de la persona, que encuentra su justificación en el derecho a la libertad en su vertiente de derecho a la autonomía personal (artículo 17.1 CE), en el derecho al libre desarrollo de la personalidad y de la vida privada (artículo 10.1 CE), y en el derecho a fundar una familia (artículo 16 de la



Declaración Universal de Derechos Humanos y artículo 9 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea).

La Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de igualdad entre hombres y mujeres, refuerza la anterior conclusión, en la medida en que su artículo 51, referente a las actuaciones en el ámbito de la salud, dispone, en su apartado noveno, que:

“Asimismo el Gobierno de Navarra garantizará el pleno derecho de las mujeres a las técnicas de reproducción humana asistida, independientemente de su estado civil, orientación sexual, procedencia o identidad”.

La garantía plena del derecho exige que todas las mujeres, cualquiera que sea su condición, puedan ser receptoras de las técnicas de reproducción humana asistida en iguales condiciones.

6. La normativa reguladora de la cartera de servicios sanitarios (en particular, en lo que respecta a la Comunidad Foral de Navarra, los vigentes Decreto Foral 103/2016 y la Orden Foral 660E/2017), invocada por el Departamento de Salud en los casos analizados por esta institución, debe adaptarse a la anterior conclusión, pues la misma se extrae de las leyes antes mencionadas, a las cuales tales normas reglamentarias se subordinan.

De lo expuesto en los antecedentes, se constata que la normativa reglamentaria en los últimos se ha modificado para posibilitar una mayor apertura y alcance de las técnicas de reproducción asistida, pero que la misma continúa provocando discriminaciones injustificadas, particularmente en lo que respecta al acceso a la técnica de fecundación in vitro.

7. En todo caso, el Defensor del Pueblo de Navarra considera que una interpretación conjunta del ordenamiento jurídico (en particular, de la voluntad del legislador que dimana de la Ley 14/2006, que se refiere al derecho de toda mujer, independientemente de su estado civil y orientación sexual, y de la Ley Foral 17/2019), y conforme con los derechos constitucionales, debe llevar a estimar las solicitudes de tratamientos como los reclamados, incluso con el marco jurídico hoy vigente.

La solución contraria lleva, a juicio de esta institución, a admitir los efectos de una normativa reglamentaria -subordinada, por ende, a la ley y a la Constitución- que, por los condicionantes que establece para acceder a la reproducción asistida (en este caso, a la técnica de la fecundación in vitro), puede incurrir en discriminación prohibida, al impedir el tratamiento en función de la orientación sexual o del modelo de familia escogido.

8. La demora administrativa en la prestación de estos tratamientos adquiere una especial relevancia, pues se está ante situaciones en las que, ordinariamente, concurren elementos de sufrimiento o angustia personal, máxime si se tiene en cuenta que la tardanza en una solución individual y adecuada al problema puede afectar al éxito de la fecundación.

9. Con ocasión de las últimas actuaciones practicadas sobre el asunto, el Departamento de Salud ha trasladado a esta institución su voluntad de adecuar la normativa reglamentaria, para que las mujeres sin pareja puedan acceder a la fecundación in vitro, reconociendo que la situación actual no se compadece con lo que dispone la Ley Foral 17/2019, de 4 de abril, de igualdad entre hombres y mujeres.

Sin embargo, entretanto, no se presta el tratamiento, ni se aprueba norma alguna. De hecho, lo que se observa que prevalece es la negativa a prestar la fecundación in vitro; negativa que se vuelve expresa cuando se retrasa, por una u otra razón, la aprobación de una norma que ni siquiera es requisito exigible para dar la prestación, puesto que la ley la reconoce”.

Asimismo, a raíz de una queja más reciente, la institución resolvió “recomendar al Departamento de Salud que, por los motivos ya señalados, adopte las



medidas precisas para que las mujeres mayores de 40 años puedan acceder a tratamientos de reproducción asistida en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, elevando el límite de edad actualmente aplicado”

Se razonó en la resolución lo siguiente:

“4. A la vista de la información obrante en el expediente, desde un punto de vista científico y académico, cabe concluir que:

a) Durante las últimas décadas, como consecuencia de los cambios sociales existentes, la edad reproductiva media en las mujeres ha ido incrementándose (...)

b) A medida que se incrementa la edad, las probabilidades de que tenga lugar un embarazo se reducen, así como incrementan las probabilidades de que aquél no llegue a buen término (...)

c) La edad de la gestante también tiene su impacto en la presencia de malformaciones o anomalías en los neonatos (...)

d) Mientras los resultados del tratamiento de fertilidad en el tramo comprendido entre los 42 y 44 años son similares, a partir de los 44 años se acelera un declive que supone que, desde los 45 años, la tasa de éxito de los tratamientos es significativamente inferior (...)

5. Desde un punto de vista práctico y centrado en la Comunidad Foral de Navarra, se puede apreciar que, desde el año 2002, al mismo tiempo que se ha reducido el número de nacimientos, el porcentaje de los mismos en que la gestante era mayor de 40 años casi se ha triplicado (...)

Atendiendo al desglose por edad, se puede observar cómo entre los 40 y los 42 años tienen lugar cerca del 80 por 100 de los partos por una gestante mayor de 40 años. De los 43 a los 45 años, el porcentaje ronda el 18 por 100. A partir de los 46 años, el número de partos es residual, ubicándose en alrededor de un 2 por 100 (...)

6. Desde un punto de vista jurídico y normativo, la fijación de los 40 años como factor limitante para el acceso a tratamientos de fertilización en la red de salud pública está siendo cuestionado y revisado.

Jurisprudencialmente, por ejemplo, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, en su sentencia 1413/2008, de 15 de abril, desestimó un recurso de suplicación interpuesto por Osakidetza contra una sentencia del Juzgado de lo Social número 2 de Vitoria-Gasteiz en la que se estimaba una demanda de una mujer mayor de 40 años a la que la recurrente había denegado un tratamiento de fecundación in vitro por razón de su edad. A este respecto, el Tribunal Superior de Justicia señalaba lo siguiente (...)

“Es un hecho notorio que, aunque la edad de la mujer receptora es uno de los factores que condicionan la probabilidad de la gestación por medio de la FIV, esta técnica está en constante cambio y que los avances que se han producido en los últimos años se han traducido en un aumento de las tasas de éxito terapéutico más allá de esa edad. En tal sentido resulta significativo que la Guía de Recomendaciones en reproducción asistida elaborada en el año 2007 por MUFACE, en base a las pautas facilitadas por prestigiosos profesionales de la sanidad pública y privada que tienen en cuenta los últimos datos, establece que la edad límite de la mujer para la realización de estimulación ovárica y para la aplicación de las técnicas de inseminación artificial y FIV son los 42 años, y la edad máxima recomendada para acceder a la técnica de FIV con donación de ovocitos y preembriones así como para la transferencia de preembriones congelados sobrantes de ciclos FIV autorizados, son las 46 años, lo que viene a confirmar que las recomendaciones efectuadas en el año 2001 por determinados



especialistas, puede ser expresión de un criterio adecuado a ese momento, actualmente superado no sólo por los progresos científicos, médicos y biológicos, sino también por otros factores, a los que la sanidad pública debe dar una respuesta adecuada. Entre ellos, cabe mencionar la mayor capacidad financiera del Sistema; los cambios sociales producidos en los últimos años, al ser también notorios hechos como el crecimiento de la tasa de infertilidad, el retraso del momento elegido por las mujeres para ser madres, la creciente demanda de esta técnica y su concentración en personas cada vez más mayores; así como las propias carencias del Sistema, que determinan que entre la primera cita por problemas de infertilidad y la fecha programada para la aplicación de la técnica FIV puedan transcurrir varios años, lo que supone que la aplicación automática y no personalizada de un tope de edad puede llevar a situaciones de frustración de la expectativas creadas por el Sistema y de denegación de la prestación legalmente reconocida totalmente injustificadas”.

En relación con una queja relativa a la denegación de la continuación de un tratamiento de reproducción asistida por haber superado los 40 años, el Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana, en su resolución de 17 de marzo de 2023, estimó que, aunque la edad debe ser un factor a tener en cuenta, no debe operar automáticamente como causa de exclusión para acceder a los tratamientos de reproducción. Por ello, el Síndic recomendó a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana que, en el ámbito de la reproducción asistida, la edad de las pacientes de tratamientos iniciados y en curso “no constituya el factor que les excluye automáticamente de las técnicas de reproducción humana asistida”.

Asimismo, normativamente, en otras Comunidades Autónomas se están dando pasos tendentes a elevar la edad de acceso a las técnicas de reproducción asistida en la sanidad pública (...)

7. A la vista de cuanto se ha expuesto hasta ahora, esta institución estima que la fijación de los 40 años como edad límite de acceso a los tratamientos de reproducción asistida en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea debe ser actualizada y elevada, pues no se adecúa a la capacidad científica, ni a la realidad y necesidad social existente.

Desde un punto de vista técnico, como señala el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco en su sentencia, el estado de la ciencia evidencia que los 40 años como edad límite de acceso a los tratamientos de reproducción está claramente superada.

Igualmente, desde un punto de vista social, los datos demuestran que, existiendo una menor natalidad, el número de casos en que la gestante es mayor de 40 años ha aumentado tanto en número absolutos como relativos, lo que pone determina que el criterio de los 40 años no se adapta ni a la realidad social existente, ya que cada vez existen más embarazos pasada dicha edad, ni a la necesidad de la sociedad, que requiere la adopción de medidas tendentes a incrementar la natalidad.

No apreciándose impedimento normativo alguno para que, en el ámbito de sus competencias, al igual que ha hecho la Comunidad de Madrid, la Comunidad Foral de Navarra pueda hacerlo, esta institución estima conveniente recomendar al Departamento que adopte las medidas precisas para facilitar el acceso a los tratamientos de reproducción asistida en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a las mujeres mayores de 40 años”.

También resolvió la institución en otro expediente “sugerir al Departamento de Salud que, a fin de fomentar la natalidad, adopte las medidas precisas para



que tener un hijo no sea causa impeditiva para acceder a tratamientos de reproducción asistida en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”.

Se recogió en la resolución emitida que:

“3. Como ha quedado reflejado, la queja tiene por objeto la imposibilidad de acceder a un tratamiento de fertilidad en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Aunque no se hace referencia expresa al motivo de dicha denegación, a la vista de la información obrante en el expediente, cabe presumir que se debe al hecho de que, tal y como afirma en su queja, la interesada ya se sometió a un tratamiento de fertilidad previo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, fruto del cual tuvo una hija.

4. Los requisitos de acceso a un tratamiento de fertilidad en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea no es una cuestión novedosa.

(...) esta institución considera que, ante el problema demográfico existente en nuestra sociedad, es preciso la adopción de medidas tendentes a incrementar la natalidad, entre las que se debe encontrar la revisión de los requisitos de acceso a los tratamientos de fertilidad, especialmente en relación con aquellos que no parecen responder a un criterio sanitario.

Por ello, esta institución estima conveniente sugerir al Departamento que adopte las medidas precisas para facilitar el acceso a los tratamientos de reproducción asistida en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, sin que tener un hijo sea causa impeditiva”.

Referencias: AO21/1, Q23/199, Q24/546.

7. Aspectos de personal.

Si bien la materia de función pública, también en lo correspondiente al personal sanitario y al restante personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, es objeto de múltiples quejas y pronunciamientos de esta institución, en lo que ahora interesa, procede destacar que ha sido frecuente la reivindicación de un sistema de carrera profesional, vinculado al derecho a la promoción del personal y como elemento de garantía o mejora de calidad de la atención sanitaria.

La referida carrera profesional está prevista, con un escaso grado de concreción, en la Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, reguladora del régimen específico del personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Su artículo 34 prevé que este organismo propiciará la promoción de su personal a través de distintos medios contemplados en el propio precepto. Entre estos medios, se prevé que “para el establecimiento de incentivos salariales, basados en la carrera profesional u otros elementos, el Gobierno de Navarra remitirá al Parlamento, en su caso, un proyecto de Ley Foral”.

El desarrollo del precepto ha tenido un desarrollo desigual y, sobre todo, centrado en determinados colectivos de profesionales sanitarios (personal facultativo, en primera instancia, y personal de enfermería, más tarde), dejando fuera a otro personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

La institución, resolvió **“sugerir al Departamento de Salud que elabore y promueva una norma para reconocer a los “Técnicos en Cuidados**



auxiliares de Enfermería” y a los “Técnicos Sanitarios” la carrera profesional, en similares términos a los previstos para el restante personal sanitario”.

Se recogió en la resolución que:

“3. Como ha quedado reflejado, la queja del Sindicato de Técnicos de Enfermería se presenta por la falta de desarrollo legislativo en Navarra del derecho a la carrera profesional del colectivo de “Técnicos en Cuidados auxiliares de Enfermería” y de “Técnicos Sanitarios”.

Esta ausencia de carrera profesional, según se considera, discrimina al personal afectado. En esta línea, se razona en la queja que, para el restante personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (facultativos, personal diplomado universitario sanitario), se ha venido desarrollando, a través de sucesivas normas, el sistema de carrera profesional, extendiéndose también este para personal sanitario no adscrito a dicho organismo. Sin embargo, en el caso del personal representado por el sindicato, no se ha hecho lo propio.

Se expresa, asimismo, que este derecho a la carrera profesional de los “Técnicos en Cuidados auxiliares de Enfermería” y de los “Técnicos Sanitarios” se ha establecido en todas las comunidades autónomas, con excepción de Navarra.

Por parte del Departamento de Salud, se ha emitido el informe que se ha transcrito, en el que se describe la evolución de las normas aprobadas en la materia y se confirma que, efectivamente, en la actualidad, todavía no se ha implantado la carrera profesional para el personal citado en la queja, habiendo la Administración de estar a lo previsto por dichas normas.

4. La Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, reguladora del régimen específico del personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, establece, en su artículo 34, que este organismo propiciará la promoción de su personal, a través de distintos medios que establece el precepto.

El último apartado del citado artículo dispone que:

“Para el establecimiento de incentivos salariales, basados en la carrera profesional u otros elementos, el Gobierno de Navarra remitirá al Parlamento, en su caso, un proyecto de Ley Foral”.

En desarrollo de esta previsión legal, se han aprobado las normas que se citan tanto en la queja, como en el informe remitido por el órgano administrativo.

5. Según interpreta esta institución, lo previsto en el precepto legal (origen del sistema de carrera profesional) no excluiría al personal al que se refiere la queja, pues no se circunscribe el personal sanitario incluido en las leyes posteriormente aprobadas (facultativos y diplomados sanitarios).

Tampoco, a criterio de esta institución, en principio, se apreciarían razones de fondo que justificaran no incluir a este personal en el sistema de carrera profesional, en la forma que se determinara. Tanto el derecho a la carrera profesional, como la orientación que tiene el sistema de carrera profesional a la mejora del servicio público sanitario (valorando, en resumen, la experiencia y la formación y perfeccionamiento profesional del personal), se presentarían en similares términos en el caso del personal técnico o auxiliar sanitario.

Por otro lado, en el informe del Departamento de Salud, que es descriptivo del marco normativo vigente, no se justifica el porqué de la diferencia de trato legislativo que motiva la queja (no se dirige esta tanto a la aplicación de la norma, como a su contenido).

Por todo ello, y dada la iniciativa que en esta materia, como se deriva del precepto legal que se ha citado, corresponde al Departamento de Salud, procede formularle una sugerencia normativa, a fin de que se extienda la carrera profesional al personal representado en la queja”.



Igualmente, en este terreno, con similares argumentos (la previsión legal se refiere al personal de Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en general, y no solo a determinados colectivos concretos) se vio oportuno **“sugerir al Departamento de Salud que elabore y promueva una norma para reconocer a los trabajadores sociales adscritos al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea la carrera profesional, en similares términos a los previstos para otro personal del mismo”**.

Por otro lado, se ha planteado ante esta institución que, para el acceso a puestos de trabajo sanitarios, deberían valorarse los servicios prestados también en la sanidad privada, y no solo los correspondientes a servicios prestados a las Administraciones públicas.

La institución, estimando razonable esta reclamación, resolvió **“sugerir al Departamento de Salud que la normativa que regule la contratación temporal en los centros y establecimientos de los organismos autónomos adscritos a dicho Departamento, valore como mérito, con la intensidad que corresponda, los servicios prestados en centros sanitarios privados, en los que se acredite especialidad y experiencia en el puesto al que se opta”**.

Se razonó en la resolución emitida que:

“El Departamento de Salud justifica la valoración en exclusiva de los servicios prestados en cualquier Administración pública, en el hecho de que en el acceso al trabajo en una Administración se garantiza el cumplimiento de los principios de mérito y capacidad.

Sin embargo, según entiende esta institución, la valoración de los servicios prestados, para ordenar el listado de aspirantes a la contratación temporal, es un criterio conectado al principio de mérito, según el cual se estaría ponderando la experiencia en un trabajo afín o similar.

Circunscrita así la cuestión, la institución no ve razonable que no se valore en absoluto a quienes acreditan especialidad y experiencia en un centro sanitario privado para el puesto al que se opta. Esta institución reconoce, en línea con la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que, en el acceso a un empleo público, los servicios prestados en el ámbito privado pueden ser valorados con una puntuación distinta (y menor) con respecto a los servicios prestados en una Administración pública. Sin embargo, no entiende adecuado el hecho de no asignar puntuación alguna a los servicios prestados en un centro sanitario privado cuando se trata, como es el caso, de valorar la experiencia adquirida en una especialidad profesional para ordenar un listado para la contratación temporal de personal, y tales servicios denotan el ejercicio de un trabajo afín al del puesto al que se pretende acceder.

La anterior conclusión se ve reforzada por el hecho de que las Ordenes Forales de los años 2014 y 2015 de la Consejera de Salud por las que se regulaba esta cuestión, contenían un reconocimiento de los servicios prestados en centros sanitarios privados para el acceso a puestos de trabajo del nivel A, si bien con una puntuación inferior a la reconocida a los servicios prestados en una Administración pública. Este reconocimiento de los servicios prestados en centros sanitarios privados ha desaparecido en la nueva regulación, sin una motivación suficiente que justifique el trato diferente proporcionado a la forma de valorar la experiencia laboral para el acceso a un empleo público, y apartarse del precedente, sin que la negociación sindical sea suficiente argumento para el cambio de criterio.



Por ello, esta institución considera oportuno sugerir Departamento de Salud que la normativa que regule la contratación temporal en los centros y establecimientos de los organismos autónomos adscritos a dicho Departamento valore como mérito, con la intensidad que corresponda, los servicios prestados en centros sanitarios privados, en los que se acredite especialidad y experiencia en el puesto al que se opta”.

Fue objeto de pronunciamiento igualmente la situación generada ante el reconocimiento al personal administrativo de los equipos de atención primaria de un complemento retributivo que, en cambio, no se atribuyó al personal administrativo de los centros de salud mental. La institución vio preciso **“sugerir al Departamento de Salud que, bien sea por sí mismo o con la cooperación del Departamento de Interior, Función Pública e Interior, adopte las medidas precisas para que, por los motivos expuestos, el personal de los centros de Salud Mental tenga derecho al complemento retributivo que la Ley Foral 11/2023, de 29 de marzo, por la que se modifica la Ley Foral 11/1992 de 29 de octubre, reguladora del régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, reconoció al personal administrativo de los equipos de Atención Primaria”.**

Se razonó a este respecto en la resolución emitida lo siguiente:

“En el presente caso, a la vista de la información obrante en el expediente, cabe concluir que:

a) Tanto el personal administrativo de los Centros de Salud Mental como el personal administrativo de Atención Primaria son personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y, en consecuencia, su régimen retributivo es el establecido en la Ley Foral 11/1992, de 29 de octubre, reguladora del régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

b) Atendiendo a la plantilla orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, los puestos de trabajo del personal administrativo de los Equipos de Atención Primaria y de los centros de Salud Mental se categorizan en el mismo grupo o nivel, el C.

c) Con anterioridad a la Ley Foral 11/2023, de 29 de marzo, por la que se modifica la Ley Foral 11/1992, el régimen retributivo del personal administrativo de los Centros de Salud Mental y del personal administrativo de Atención Primaria era el mismo.

d) A raíz de la entrada en vigor de la Ley Foral 11/2023, únicamente el personal administrativo de Atención Primaria tiene derecho a un complemento por puesto de trabajo reconocido en los artículos 9.3.j) y 15 quater de la Ley Foral 11/1992, estableciendo este último lo siguiente:

“El personal administrativo de los Equipos de Atención Primaria (...) percibirán un complemento por puesto de trabajo del 10 por ciento de su correspondiente nivel”. De lo expuesto, se desprende la existencia de una evidente desigualdad, ya que, aun tratándose de personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, teniendo el mismo nivel y ejerciendo funciones análogas, el personal administrativo de los Centros de Salud Mental no tienen derecho a un complemento al que sí tiene derecho el personal administrativo de Atención Primaria.

Dicho esto, como se ha señalado anteriormente, la desigualdad deviene en discriminación cuando no concurre una causa que objetiva y razonablemente justifique la diferencia de trato.



A este respecto, los informes remitidos por las Administraciones no exponen ninguna razón que justifique esta diferencia de trato.

Por ello, en la medida en que esta desigualdad en el régimen retributivo podría constituir una discriminación, esta institución estima conveniente sugerir que se adopten las medidas precisas para reconocer al personal administrativo de los Centros de Salud Mental el derecho al complemento al que, de acuerdo con la Ley Foral 11/1992, tiene derecho el personal administrativo de los equipos de Atención Primaria”.

Referencias: Q17/442, Q18/255, Q19/941, Q20/383, Q24/729.

8. Inspección de centros concertados.

Los artículos 77 y siguientes de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra, se refieren a los conciertos para la prestación de servicios sanitarios.

En la medida en que en casos de concertación se está ante una forma de gestión indirecta de un servicio público, se hace necesario que la Administración pública, en cuanto titular del servicio, vele por la adecuada prestación y la garantía de los derechos reconocidos a los ciudadanos, usuarios o pacientes, lo que se instrumentaliza a través del ejercicio de las potestades de inspección y, en su caso, sanción.

La Ley Foral del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra contempla esta situación de posible gestión indirecta de servicios públicos, y, por ello, prevé en su artículo 33.3 que “si las actuaciones se hubiesen realizado con ocasión de los servicios prestados por particulares en virtud de acto administrativo habilitante, el Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra podrá instar a las autoridades administrativas competentes el ejercicio de sus potestades de inspección y sanción”.

Con ocasión de una situación de este tipo, la institución vio preciso **“sugerir al Departamento de Salud que, en relación con la reclamación formulada por la autora de la queja, por la asistencia sanitaria prestada a su padre en el Hospital San Juan de Dios, haga uso de su potestad inspectora y, tras analizar lo acontecido, resuelva expresa y motivadamente, notificando la respuesta a la interesada y exponiendo las razones de fondo que justifiquen su criterio, con independencia del sentido de este”**.

Se adujo en la resolución emitida:

“4. Como ha quedado reflejado, la queja tiene por objeto la atención dispensada al padre de la interesada en el Hospital San Juan de Dios, denunciándose fundamentalmente cuestiones relativas tanto al transporte del paciente a una consulta en el Hospital Universitario de Navarra, como a las circunstancias en que se le dio el alta.

El Departamento de Salud, por su parte, se limita a reproducir la versión de los hechos que el Hospital San Juan de Dios le ha trasladado.



5. En su letra d), el artículo 23 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud, establece que la Administración sanitaria de la Comunidad Foral de Navarra gozará de la facultad de “Inspeccionar y controlar todos los Centros, servicios y establecimientos sanitarios de Navarra y sus actividades de promoción y publicidad. Los hospitales integrados en la Red Asistencial de Utilización Pública, quedarán sometidos a la evaluación de sus actividades y funcionamiento en los términos que reglamentariamente se establezcan”.

Asimismo, en los apartados e) y f) del artículo 25.1 de la Ley Foral se señala que serán objeto de evaluación, seguimiento e intervención por parte de las autoridades sanitarias en materia de asistencia sanitaria individual: “el “rendimiento de las diversas unidades asistenciales, tanto propias como concertadas. En el caso de las concertadas, dentro de los términos previstos en el concierto”; y, “En general toda actividad sanitaria del personal, Centros y servicios públicos y privados de Navarra, respecto al cumplimiento de las normas sanitarias asistenciales”.

De la combinación de estos preceptos se desprende que la Administración goza de una potestad inspectora que conlleva la atención y resolución expresa de las denuncias, reclamaciones, quejas, etc., que planteen los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios recibidos, sin perjuicio del sentido de la resolución o respuesta.

Ello implica, por lo que aquí interesa, y visto lo aducido en la queja, que la Administración sanitaria debe pronunciarse expresa y motivadamente ante la reclamante acerca de las cuestiones que suscite su reclamación y, en definitiva, de la atención sanitaria objeto de la misma y supuestas vulneraciones de los derechos del paciente (este análisis es consustancial al eventual ejercicio posterior de las potestades correctoras o sancionadoras, vinculadas a la potestad de inspección).

En el presente caso, esta institución aprecia que la Administración se ha limitado a reproducir la versión de los hechos trasladada por el Hospital San Juan de Dios, pero no ha entrado a analizar qué es lo que efectivamente ocurrió y, en su caso, si ha lugar al eventual ejercicio de una potestad correctora o sancionadora”.

Referencia: Q22/1169



IV. LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS: DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES. LA SANIDAD EN EL MEDIO RURAL.

Como se ha anticipado, se incluye en este apartado una referencia a dos trabajos monográficos en materia sanitaria en cuya elaboración participó la institución del Defensor del Pueblo de Navarra, entendiéndose que pueden ser de interés por razón del objeto de este informe.

El primero de ellos, con la denominación de “Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes”, es un estudio conjunto promovido por las instituciones de defensores del pueblo. Se elaboró durante 2014 y principios de 2015 y, junto a personal técnico de dichas instituciones, participaron profesionales sanitarios y de la gestión en la materia abordada.

El segundo documento, “La prestación del servicio público de salud en el medio rural”, corresponde a las XXXV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, celebradas en León (octubre de 2022). Previamente la institución del Defensor del Pueblo de Navarra organizó un taller preparatorio para la elaboración de dicho documento.

Se exponen a continuación la conclusiones y recomendaciones incluidas en uno y otro trabajo, entendiéndose que, al menos en parte, pueden mantener su vigencia y ser de interés para el legislador.

Ambos documentos están publicados, en su integridad, en la web de la institución del Defensor del Pueblo de Navarra, lo que se señala por si se precisa una consulta más detallada.

1. Las urgencias hospitalarias: derechos y garantías de los pacientes.

“1. Aunque la estructura física de los servicios hospitalarios de urgencias ha cambiado en las últimas décadas, sigue presentando inadecuaciones. No parece haberse avanzado lo suficiente en incorporar estándares homologados de diseño y distribución de espacios, ni en dar valor a las propuestas de los profesionales de los propios servicios y de los representantes de los pacientes.

2. Ante la repetición de situaciones de saturación, se han establecido dependencias en las que permanecen los pacientes en espera de hospitalización, una vez completada la atención inicial en urgencias. Aun comprendiendo el objetivo de estas medidas —evitar la permanencia en pasillos y otros espacios— no deben considerarse un sistema eficaz, porque la permanencia en el SUH de pacientes con indicación de ingreso perturba la gestión del servicio y estos requieren de una atención especializada en planta de hospitalización.

3. Un uso generalizado y homologable de los métodos de triaje de pacientes permite una mejor planificación de las necesidades de los SUH para atender la gran demanda asistencial que reciben y, por tanto, ayuda en los objetivos de mejorar la calidad y el



funcionamiento. Un manejo eficaz de estos sistemas permitiría implantar en determinados ámbitos territoriales medidas que aliviaran la carga asistencial en estos servicios, mediante la derivación sin visita médica de pacientes con cuadros más leves, coordinada con los recursos de urgencias extrahospitalarios del área sanitaria de influencia.

4. La implantación de la historia clínica electrónica y la compatibilidad entre las plataformas TIC de los diferentes Servicios de Salud constituye un requerimiento básico de eficacia y cohesión del SNS aún no completado, que afecta marcadamente a los servicios hospitalarios de urgencias. Los esfuerzos en esta materia que realizan las comunidades autónomas deben ir acompañados de herramientas eficaces de coordinación, cuyo impulso corresponde a la Administración General del Estado.

5. La rápida progresión de las herramientas TIC, y las oportunidades que ofrecen para la mejora de la equidad, la calidad y la seguridad en la atención sanitaria, pueden propiciar una mayor implicación de los pacientes en el proceso clínico y la disposición autónoma de sus antecedentes de salud, facilitando la accesibilidad de la documentación e información clínica por el conjunto del SNS. Estas herramientas permiten también superar algunos problemas detectados en los SUH para la adecuada atención a pacientes de colectivos vulnerables, singularmente personas con dificultades para expresar su estado de salud y los antecedentes relevantes.

6. La gestión de las urgencias es la gestión del tiempo, por lo que los cuadros de mandos deberían poder establecer los tiempos y fases de la atención al paciente (trazabilidad) mientras permanezca en el servicio de urgencias, como medida para procurar una atención más eficaz. Las aplicaciones informáticas implantadas en la mayoría de centros hospitalarios no tienen en cuenta los requerimientos específicos de la atención urgente, y son percibidas por el personal como una tarea añadida más que como un apoyo a su función. Las dificultades de manejo de algunas de estas aplicaciones pueden incrementar los riesgos para la actividad asistencial.

7. La presencia y suficiencia de profesionales adecuados debería estar garantizada en todas las franjas horarias. Los problemas de inadecuación se refieren principalmente a la excesiva dependencia de estas plantillas de la labor de los médicos internos residentes, que estarían supliendo en muchos momentos la insuficiencia de profesionales de las diversas plantillas implicadas.

8. Con carácter general, los médicos residentes asumen un grado excesivo de responsabilidad en la actividad asistencial de los SUH. Actualmente, los servicios de urgencias reciben en rotación, como parte del itinerario de formación, a los médicos residentes de las distintas especialidades, sin vinculación con el servicio, pero no forman a sus propios profesionales al no encontrarse reconocida la especialidad médica de urgencias y emergencias. Esto excluye la tutorización de los residentes por parte de los médicos expertos de urgencias y no facilita la imprescindible labor de supervisión asistencial.

9. Las condiciones de trabajo en los SUH, el nivel de exigencia característico de esta atención, así como situaciones de tensión asociadas o que pueden derivar en conflictos, hacen de estos servicios entornos de riesgo por estrés laboral o lugares propicios para el desarrollo del conocido como «síndrome del trabajador quemado» (burnout). No parecen existir herramientas de gestión proactiva de estos riesgos.

10. La demanda de asistencia urgente por colectivos de personas en situación vulnerable (discapacidad, riesgo social, maltrato o violencia, enfermedad mental)



precisaría de una mayor dotación de personal especialista en trabajo social en los SUH. Se acusa especialmente la carencia de estos profesionales en los horarios de tarde y noche.

11. *Atendiendo a la importancia de los SUH en la actividad hospitalaria y, por lo tanto, en la atención sanitaria en general, resulta conveniente la definición de una especialidad médica y de enfermería de urgencias y emergencias que forme específicamente a estos profesionales y delimite el alcance de sus competencias clínicas.*

12. *La estructura física y funcional de los servicios de urgencia, las frecuentes situaciones de saturación de estos servicios y la todavía insuficiente cultura de respeto a la privacidad en el medio hospitalario no permiten, en muchos casos, garantizar la dignidad e intimidad de los pacientes.*

13. *Entre los indicadores de gestión más usados en el debate público, prima el relativo a las listas de espera sobre los que afectan a los SUH. Ello ocasiona frecuentes desajustes entre la programación de la actividad especializada y las demandas de hospitalización provenientes de los servicios de urgencias, que aportan el mayor número de ingresos. Desde la perspectiva de urgencias este desajuste prolonga la permanencia en estos servicios de pacientes con orden de ingreso hospitalario, no siempre en condiciones adecuadas para su dignidad e intimidad.*

14. *La solución a las situaciones de saturación en los SUH no está principalmente en manos de los propios servicios. Resultaría preciso introducir en la práctica hospitalaria prioridades orientadas hacia la optimización de la gestión de camas, para lo que también habría que tener en cuenta a los responsables de los servicios de urgencia, por su capacidad de anticipar la demanda previsible.*

15. *El cierre de camas hospitalarias en época estival, como consecuencia del descenso de la demanda y actividad asistencial, es signo de eficiencia en la gestión de los recursos. No tiene justificación, por el contrario, en situaciones en las que se producen incrementos de la población y de la demanda potencial. La determinación del cierre temporal de camas exige evaluar específicamente las necesidades estructurales de los servicios de urgencias.*

16. *La atención en los servicios hospitalarios de urgencia a pacientes en fase terminal representa un fracaso del sistema, ya que en estas áreas no resulta posible garantizar a tales pacientes una muerte digna y preservar el duelo de familiares y allegados.*

17. *La formación de los profesionales sanitarios sobre los aspectos éticos relacionados con la autonomía de la voluntad de las personas es insuficiente. El consentimiento del paciente no siempre está precedido de la información adecuada para que éste pueda adoptar libremente una decisión sobre un procedimiento terapéutico o diagnóstico. En algunos supuestos, las posibles opciones o alternativas diagnósticas y terapéuticas se deciden por los profesionales sanitarios sin la participación del paciente.*

18. *El alto contenido técnico de algunos modelos para la prestación del consentimiento informado dificulta su comprensión. El lenguaje accesible, sencillo, claro y ajustado al receptor adquiere una mayor importancia en supuestos de personas con discapacidad. Asimismo, la atención a personas en situación vulnerable requeriría documentos específicos para la prestación del consentimiento, adaptados a las especiales características de cada uno de los colectivos.*



19. *La implantación de las instrucciones previas o testamento vital es limitada. La insuficiente información sobre esta institución jurídica junto a razones de orden cultural justifican su escaso impacto. Si se atiende a pacientes de una Comunidad Autónoma distinta a la de residencia, existen dificultades para acceder a su historia clínica y, desde ésta, a la declaración de voluntad anticipada.*

20. *Las urgencias son una de las áreas asistenciales donde mayor es el riesgo para la seguridad de los pacientes. Las situaciones de saturación en estas áreas incrementan el riesgo de error humano y el aumento de la morbimortalidad.*

21. *Se asume una significativa incidencia de efectos adversos, evitables en buena parte, en pacientes atendidos en los servicios hospitalarios de urgencia; si bien no se declaran generalmente ni constan en los informes de alta. La falta de sensibilización en materia de seguridad y el temor a posibles consecuencias jurídicas son dos de los factores que justifican este bajo nivel de notificaciones.*

22. *En el marco europeo e internacional se han establecido normativamente sistemas de notificación de efectos adversos. En España, un mandato legal, aún no cumplimentado, prevé un registro que más allá de las previsiones legales habría de lograr la confianza y la participación de los profesionales sanitarios. El diseño de este sistema de notificación y registro plantea dificultades para asegurar su carácter no punitivo y, al tiempo, respetar el principio de responsabilidad de las administraciones sanitarias y de su personal.*

23. *Las personas inmigrantes en situación irregular tienen derecho a recibir del sistema público atención sanitaria de urgencia. Ese derecho, a veces, se ve dificultado por prácticas administrativas que generan inquietud y tienen efectos disuasorios. Para ofrecer mayor confianza a estos usuarios es necesario mejorar la formación del personal, evitar la emisión prematura de compromisos de pago y facturas y buscar que la constatación de la falta de residencia legal pueda realizarse de manera ágil a través de los servicios de trabajo social de los propios centros.*

24. *La legislación establece que los extranjeros «no registrados ni autorizados como residentes en España» recibirán asistencia sanitaria «de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica». El alta médica, que es el límite temporal de la asistencia debida, no debe confundirse con el alta de urgencias; de manera que la asistencia debe prolongarse más allá de la actuación de urgencias, hasta la resolución del problema de salud que dio lugar a la urgencia.*

25. *La priorización en la atención en los SUH y el acompañamiento por familiares o allegados de las personas especialmente frágiles resultan las medidas más eficaces para facilitar la adecuada atención de estos pacientes.*

26. *Los métodos de triaje implantados en buena parte de los SUH permiten una eficaz clasificación de los pacientes que acuden a los mismos. No obstante, para la atención a pacientes en situación más vulnerable (menores en edad pediátrica, personas mayores, personas con enfermedad mental, personas afectadas de determinadas discapacidades, personas en riesgo social), dichos métodos deberían incorporar información no estrictamente clínica que ayude a la mejor asistencia a estos usuarios.*

27. *La atención a determinados pacientes, especialmente menores de edad, mayores con déficit cognitivos, o personas con enfermedades mentales, requiere que en las plantillas de los servicios hospitalarios de urgencia se cuente con profesionales*



formados de manera específica en el trato y en los requerimientos asistenciales de cada uno de estos grupos de personas.

28. *En los servicios hospitalarios de urgencias generales parece necesario disponer de espacios reservados para la espera y atención de los menores de edad, y para la atención a pacientes con indicios de maltrato o a los que su permanencia en las zonas comunes pueda implicar un menoscabo lesivo de su intimidad.*

29. *El acompañamiento por «facilitadores» para el trato con personas con enfermedad mental que requieran atención sanitaria urgente resulta una medida adecuada, para minimizar el uso de contenciones y facilitar la adecuada transmisión de la información. El acompañamiento por efectivos uniformados de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad puede resultar estigmatizador.*

30. *Las personas con discapacidad, especialmente los afectados por discapacidades sensoriales, ven frecuentemente limitada su capacidad de interlocución en los SUH por la carencia de medios adecuados de comunicación. También persisten carencias significativas sobre accesibilidad y disponibilidad de material adaptado.*

31. *Las previsiones sobre el envejecimiento de la población deben tenerse en cuenta para evitar una hiperfrecuentación innecesaria de pacientes crónicos. Se impone la identificación previa de las necesidades de estas personas para gestionar su atención sanitaria en los niveles más próximos a su entorno. Para las personas mayores, especialmente aquellas que padecen déficit cognitivos, es necesario mejorar la coordinación entre los SUH y los servicios extrahospitalarios para evitar la polimedicación innecesaria.*

32. *La existencia de protocolos específicos en la atención a pacientes potencialmente en exclusión social serviría para detectar problemas de salud complejos, más allá del motivo concreto de consulta. Esta práctica resultaría útil, además, para revelar potenciales alarmas de salud pública, que deban ser comunicadas.*

33. *La atención sanitaria de urgencia a personas en situación de riesgo social sin garantía de continuidad en el tratamiento tras el alta, supone un reto para la coherencia global del modelo sociosanitario. La gestión de estas situaciones excede de las posibilidades de resolución de los SUH y debe ser afrontada por las administraciones competentes, que deberían contar con recursos adecuados para permitir la atención de estas personas durante su convalecencia.*

34. *La atención de urgencia a personas custodiadas por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad precisa de protocolos que clarifiquen la actuación de los profesionales, al menos sobre la garantía de la intimidad en la relación del paciente con los profesionales de la salud y de confidencialidad de la información clínica.*

35. *La introducción de programas de calidad en el ámbito de los servicios hospitalarios de urgencias es, hoy en día, una exigencia legal y, al mismo tiempo, una garantía del adecuado funcionamiento de tales servicios.*

36. *Si bien existe una implantación generalizada de protocolos o guías clínicas en los servicios de urgencias, se hace necesaria su constante actualización y una mayor adherencia de los profesionales a los mismos.*

37. *La acreditación de centros y servicios, en cuanto mecanismo externo de control y evaluación, es el método de calidad más aceptado y eficaz. En nuestro sistema sanitario*



aún no está generalizada la acreditación de los SUH, por lo que parece aconsejable establecer su exigencia legal o introducir medidas de incentivo para asumir estos procesos. Los procedimientos de acreditación habrían de contar con la opinión de los pacientes a través de entidades representativas, tanto en la fijación de estándares como en las fases de seguimiento y renovación.

38. Los sistemas de reclamaciones y sugerencias de los pacientes pueden constituir una herramienta muy eficaz en garantía de la calidad del servicio y de la participación de los pacientes en el mismo. No obstante, se aprecia que todavía no se encuentra asentada, ni en las administraciones sanitarias, ni en los usuarios, una auténtica «cultura de la reclamación».

39. Los pacientes aprecian una excesiva burocratización de las respuestas a sus reclamaciones. En la gestión de estas, se hace preciso garantizar la participación de los profesionales implicados en la asistencia sanitaria y ofrecer una respuesta rápida, fundada y, en su caso, que indique las medidas correctoras adoptadas. El examen de los motivos de reclamación por grupos integrados con pacientes y profesionales, u otros instrumentos análogos, permitiría alumbrar soluciones de carácter más general.

40. Las reclamaciones y sugerencias de los pacientes se clasifican de modo heterogéneo, lo que habría de corregirse para poder realizar análisis comparativos en los diversos Servicios de Salud y, por tanto, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud”.

<https://www.defensornavarra.es/es/informes-y-publicaciones/informes-especiales/las-urgencias-hospitalarias-en-el-sistema-nacional-de-salud-derechos-y-garantias-de-los-pacientes>

2. La prestación del servicio público de salud en el medio rural.

“Las Defensorías del Pueblo, conscientes del derecho de las personas que viven en el medio rural a disfrutar de unos servicios públicos básicos de calidad, conocedoras de los diversos problemas que se dan en la atención sanitaria pública en el medio rural, y reconociendo la profesionalidad y el compromiso del personal sanitario y administrativo de los centros sanitarios del medio rural en el ejercicio de su tarea de proteger la salud de la población, como se ha puesto de manifiesto una vez más con ocasión de la crisis sanitaria padecida a causa de la Covid-19:

Primera. Recordamos que es un derecho de las personas que residen en el medio rural disponer de un sistema sanitario público fundado en los principios de equidad, calidad, proximidad y presencialidad, constituido por personal sanitario estable y dotado de medios suficientes; y que la atención sanitaria debe garantizar la atención médica primaria, la atención continuada, unos servicios de urgencias efectivos y suficientes en tiempos razonables y el acceso a la atención especializada de forma adecuada.

Segunda. Consideramos oportuno que las Administraciones sanitarias del Estado y de las Comunidades Autónomas establezcan mecanismos de colaboración y cooperación permanentes, a fin de atender la problemática específica que plantea la prestación sanitaria en el medio rural, asegurando la existencia de un modelo de atención sanitaria acorde a las necesidades de las personas que viven en dicho medio.

En ese marco de colaboración y cooperación, las Administraciones sanitarias podrían, si así se considera pertinente, impulsar y elaborar una estrategia común o conjunta



sobre esta problemática, así como analizar y atender a las especificidades que concurran en los diferentes ámbitos territoriales.

Tercera. En el plano normativo, recomendamos que las Administraciones competentes implementen de manera efectiva, mediante el instrumento que estimen oportuno, las medidas ya contempladas en la legislación vigente dirigidas a dar una respuesta adecuada a los problemas específicos detectados en la asistencia sanitaria en el medio rural, especialmente las concernientes al personal sanitario y asistencial.

Cuarta. Sugerimos que se realice una evaluación profunda sobre las necesidades actuales de las personas que viven en las zonas rurales en relación con la atención sanitaria y de las ineficiencias que puedan existir en el modelo actual de atención urgente y continuada, para la posterior adopción de medidas que, en su caso, den respuesta adecuada a las necesidades detectadas.

Quinta. Recomendamos que, en conexión con dicha evaluación de necesidades, se adopten las medidas que correspondan para dotar al sistema sanitario público del medio rural de los recursos económicos precisos, con el objetivo de prestar una asistencia sanitaria acorde con los principios de equidad y de calidad proclamados por el ordenamiento jurídico vigente.

Sexta. Consideramos que, tras la experiencia que padece el sistema sanitario público español a causa de la pandemia generada por la Covid-19, se hace más necesario todavía reforzar los recursos humanos y los medios de la atención sanitaria primaria, con mayor razón en el medio rural, de tal modo que toda la población pueda ejercer el derecho de acceso a dicha atención en condiciones de igualdad, recuperándose las consultas presenciales en los centros de salud, tras primar el contacto telefónico impuesto por la pandemia de la Covid-19. La falta de presencialidad castiga especialmente a la población en situación de vulnerabilidad.

Séptima. Apoyamos que se establezcan incentivos administrativos, económicos o profesionales para el personal sanitario y asistencial que faciliten la cobertura de plazas de difícil acceso o fomenten la permanencia en las mismas, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural.

Octava. Vemos fundamental fomentar la necesaria colaboración y coordinación entre los servicios públicos sociales y sanitarios, así como abordar de modo multidisciplinar asuntos y problemas de interés común, tanto para el diferente personal profesional que atiende a la población del medio rural, como para las propias personas usuarias del sistema.

Se hace preciso definir un modelo de intervención basada en una planificación integral que implique a la red comunitaria, de salud y de servicios sociales, y que tenga como ejes promover el envejecimiento activo y favorecer la implantación y el desarrollo de nuevos servicios de proximidad para las personas en situación de fragilidad o dependencia y sus personas cuidadoras.

En especial, en el desarrollo de las iniciativas para fomentar la asistencia integral de las personas dependientes en el marco sociosanitario debe prestarse particular atención a las singulares características del ámbito rural.

Novena. Pedimos que se intensifique la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades y patologías, con la finalidad de involucrar al conjunto de las personas que viven en el medio rural en el mantenimiento de su salud.

Décima. *Vemos necesario que, sin detrimento de la atención presencial, se implementen las medidas precisas para, cuando el o la paciente lo solicite y el personal sanitario y asistencial lo considere oportuno, utilizar la “telemedicina”, entendida esta como el conjunto de técnicas y recursos telemáticos o electrónicos que permiten una comunicación interactiva, en tiempo real y a distancia, realizada con el fin de mejorar la atención sanitaria.*

Ha de reforzarse la tecnología de las comunicaciones necesaria para una mejor prestación sanitaria por parte del profesional sanitario a las personas que habitan en el medio rural, especialmente en el caso de los consultorios locales.

Undécima. *Recomendamos que se elaboren planes específicos de formación del personal sanitario y asistencial que presta servicios en el medio rural, a fin de asegurar una atención sanitaria pública adecuada a las circunstancias de dicho medio y a las necesidades de las personas que en él viven. Asimismo, consideramos que debe impulsarse la realización de cursos de formación a distancia mediante la utilización de medios telemáticos, o contemplando el traslado del personal formador al medio rural.*

Duodécima. *Recomendamos que se implementen medidas tendentes a asegurar tanto la atención sanitaria adecuada en caso de urgencias y emergencias, como la atención especializada, particularmente en relación con aquellos servicios que, dadas las circunstancias específicas del medio rural, son más relevantes: la pediatría, la geriatría y dependencia, la fisioterapia y la salud mental.*

Decimotercera. *Consideramos que el servicio de transporte sanitario de pacientes desde su población a los centros hospitalarios donde se presta la atención especializada debe tener en cuenta las necesidades personales de los pacientes y la situación que padecen por razón de su patología. El traslado debe priorizar, en todo caso, el servicio adecuado a las personas pacientes y el respeto a su dignidad, sobre los criterios organizativos o de eficiencia en la asignación de recursos que puedan condicionar dicho servicio.*

Asimismo, estimamos que debe asegurarse que el servicio de transporte de los pacientes en los casos de urgencias y emergencias se presta en un tiempo razonable.

Decimocuarta. *Hacemos hincapié en que se debe asegurar, a través de más medidas positivas de ordenación y fomento, el servicio de atención farmacéutica en el medio rural. Como servicio de interés público, debe prevalecer la garantía de su prestación continua, su calidad y proximidad por encima de los factores puramente económicos. En todo caso, debe evitarse que en varios kilómetros de distancia no haya puntos de suministro de medicamentos.*

Decimoquinta. *Recomendamos que se adopten medidas a fin de garantizar la seguridad y la integridad del personal sanitario y administrativo de los centros sanitarios del medio rural ante posibles agresiones por parte de las personas usuarias, teniendo en cuenta la soledad y las diversas dificultades a las que se enfrenta este personal en su labor”.*

<https://www.defensornavarra.es/es/informes-y-publicaciones/otras-publicaciones/prestacion-del-servicio-publico-de-salud-en-el-medio-rural>