



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y
Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 7 de septiembre de 2005, ha examinado el *expediente relativo al proyecto de decreto por el que se crea el registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 22 de julio de 2005 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente relativo al proyecto de decreto, elaborado por la Consejería de Sanidad, por el que se crea el registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 26 de julio de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 702/2005, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación del mismo, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Pérez Solano.



Primero.- El proyecto.

El proyecto de decreto sometido a consulta consta de un preámbulo, veinte artículos, una disposición adicional, una disposición transitoria y tres disposiciones finales.

Este proyecto viene a desarrollar lo dispuesto en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, que en su disposición adicional segunda establece:

“Los usuarios del Sistema de Salud de Castilla y León tienen derecho a que las prestaciones sanitarias de atención especializada programadas y no urgentes les sean dispensadas dentro de unos plazos máximos previamente definidos y conocidos, en los términos y condiciones que se establezcan reglamentariamente.

»El desarrollo reglamentario de este derecho especificará:

»- Los mecanismos de formalización y difusión general de los plazos máximos establecidos para cada procedimiento. Dichos mecanismos deberán tener una periodicidad anual.

»- Los procedimientos necesarios para otorgar seguridad jurídica a la fecha del inicio de los plazos máximos establecidos y para que los pacientes tengan constancia escrita de la misma.

»- Los mecanismos dirigidos a garantizar el derecho mediante la oferta de centros alternativos para la realización de las correspondientes prestaciones”.

Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en su artículo 25 que “en el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud que se aprobarán mediante Real Decreto. Las Comunidades Autónomas definirán tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco”. Este precepto debe ponerse en relación con el artículo 3 del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el



tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, cuyo apartado 1 dispone que “1. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establecerá los criterios de priorización de pacientes en lista de espera en primeras consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas. Hasta que queden aprobados esos criterios, se tendrán como referencia los contenidos en el anexo III”.

El artículo 34.1.1ª y 2ª del Estatuto de Autonomía atribuye a la Comunidad de Castilla y León la competencia de desarrollo normativo y de ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, así como sobre coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

El proyecto de decreto expresa, en su preámbulo, que tiene un doble objetivo: por un lado, la creación y regulación del registro de pacientes en listas de espera y, por otro, el establecimiento de unos plazos máximos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas junto con un sistema de garantías que asegure su cumplimiento.

Consta, como ya hemos señalado, de 20 artículos, divididos en tres capítulos:

- Capítulo I, “Disposiciones generales” (artículos 1 a 3).
- Capítulo II, “Registro de pacientes en lista de espera de atención especializada” (artículos 4 a 11).
- Capítulo III, “Plazos máximos de espera en intervenciones quirúrgicas y sistema de garantías” (artículos 12 a 20).

La disposición adicional única se refiere a la puesta en funcionamiento del registro de pacientes en lista de espera de atención especializada.

La disposición transitoria única regula la inscripción de pacientes pendientes.



La disposición final primera se refiere a la revisión de plazos y suspensión temporal de la garantía.

La disposición final segunda faculta al Consejero competente en materia de sanidad para ampliar los datos del registro con el fin de adaptarlo a las necesidades que puedan surgir en el sistema de información sobre listas de espera y para dictar las disposiciones y resoluciones que sean precisas para la aplicación del proyecto de decreto remitido.

La disposición final tercera determina la entrada en vigor del proyecto de decreto.

Segundo.- El expediente remitido.

En el expediente que acompaña al proyecto de decreto, además de un índice de documentos que lo conforman, figuran los siguientes:

- Memoria del proyecto de decreto, que contiene un estudio del marco normativo y normas afectadas, la necesidad y oportunidad del proyecto, estudio económico y cumplimiento del trámite de audiencia.

- Solicitud de informe al resto de Consejerías, habiendo formulado observaciones las de Educación, Economía y Empleo, Cultura y Turismo, Presidencia y Administración Territorial, Medio Ambiente, Fomento y Familia e Igualdad de Oportunidades.

- Observaciones realizadas por las distintas Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad, por la Gerencia Regional de Salud, así como por distintas Gerencias de Atención Especializada.

- Trámite de audiencia concedido a diferentes organizaciones y colegios profesionales de aquellos colectivos a los que pueda afectar el contenido del decreto, a través de sus representantes en el Consejo Regional de Salud, así como a aquellas Corporaciones Locales que participan en consorcios sanitarios. Constan también las alegaciones formuladas por el Consejo Castellano y Leonés de Consumidores y Usuarios.



- Informe del Servicio de Evaluación, Normativa y Procedimiento de la Consejería de Sanidad.
- Informe de la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad.
- Proyecto de decreto sometido a dictamen del Consejo Consultivo de Castilla y León.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- Competencia del Consejo Consultivo de Castilla y León.

El artículo 24 del Estatuto de Autonomía prevé que el Consejo Consultivo de Castilla y León es el superior órgano consultivo de la Junta y de la Administración de la Comunidad, encomendando al legislador autonómico la regulación de su composición y competencias.

La Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo, califica en su artículo 4.1.d) como preceptiva la consulta en el procedimiento de elaboración de reglamentos o disposiciones de carácter general que se dicten en ejecución de las leyes, así como sus modificaciones.

En el presente caso, corresponde la competencia para emitir el dictamen solicitado a la Sección Segunda, según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado a), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª- Contenido del expediente y procedimiento de elaboración.

El artículo 51.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre, dispone que las



solicitudes de dictamen deberán incluir toda la documentación y antecedentes necesarios para dictaminar sobre las cuestiones consultadas, así como el borrador, proyecto o propuesta de resolución. A la documentación y antecedentes se acompañará un índice numerado de los documentos.

Para el supuesto de los proyectos de decreto se entiende como documentación necesaria la que, de acuerdo con el artículo 76 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, se recoge en el artículo 75.3 del citado texto legal.

Contrastada la documentación remitida, puede afirmarse que el proyecto cumple las exigencias sustanciales de elaboración de disposiciones de carácter general, aspecto este de singular importancia si se tiene en cuenta que el procedimiento, tanto en su aspecto formal como material, opera como una garantía para la legalidad, acierto y oportunidad de las actuaciones administrativas, sin perjuicio de lo que se señalará a continuación.

No obstante, se echa de menos una explicación, siquiera concisa pero clara y expresiva, del contenido del proyecto de decreto, o al menos de las principales novedades que introduce, máxime si se tiene en cuenta que se pretende crear *ex novo* un sistema de garantías en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Castilla y León, así como un denominado "Registro de Pacientes en lista de espera en atención especializada".

Por otra parte, y en relación con el trámite de audiencia de los sectores afectados, el Consejo entiende que hubiera sido aconsejable que se hubiera practicado con mayor amplitud, trascendiendo del ámbito estrictamente obligatorio o preceptivo.

En efecto, la materia regulada puede calificarse como especialmente "sensible", por lo que no hubiera estado de más haber concedido la oportunidad de hacer alegaciones, por ejemplo, a las organizaciones y asociaciones de afectados por enfermedades diversas o, incluso, al propio Consejo Regional de Salud como tal, aunque en la Memoria del proyecto se señale que a través de sus miembros se dio traslado del texto a diferentes organizaciones y colegios profesionales.



También se echa de menos tanto la fecha de los distintos borradores del proyecto de decreto –sólo aparece fechado el sometido a dictamen de este Consejo Consultivo–, como informes valorativos sobre las razones que llevan al redactor de la norma a modificar el tenor literal de los preceptos afectados por los distintos cambios, lo cual, evidentemente, hubiera constituido un eficaz instrumento de ayuda para este Órgano Consultivo.

El proyecto de decreto se dicta haciendo uso de la habilitación contenida en la disposición adicional segunda de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, que prevé, como ya se ha apuntado, el derecho a que las prestaciones sanitarias de atención especializada programadas y no urgentes sean dispensadas dentro de unos plazos máximos previamente definidos y conocidos en los términos que se establezca reglamentariamente.

Asimismo, el artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, establece que las Comunidades Autónomas definirán tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro del marco acordado en el seno del Consejo Interterritorial.

En suma, existe suficiente potestad reglamentaria para promulgar la norma propuesta.

3ª.- Observaciones generales en cuanto al fondo.

En cumplimiento de la habilitación antes referida, el proyecto de decreto sometido a dictamen tiene por objeto crear el registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y regular las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León.

A continuación, se formulan diversas observaciones relativas al decreto proyectado sometido a consulta.

Título del proyecto.-

Tal y como se recomienda en el “documento de normalización de expedientes tramitados ante órganos colegiados de gobierno”, elaborado por la Consejería de Presidencia y Administración Territorial, la denominación de las



disposiciones de carácter general debe ser tan breve, clara y explicativa como sea posible, especificando con la máxima precisión el objeto y contenido de la disposición.

Aplicando la aludida directriz al presente caso, se observa que respecto a las garantías de espera máxima únicamente se refiere a las intervenciones quirúrgicas, pero no a las consultas externas, ni a las pruebas diagnósticas o terapéuticas. Asimismo, se observa que la referencia a intervenciones quirúrgicas es a todas sin excepciones, cuando en el artículo 1, relativo al objeto, sí especifica que son sólo las intervenciones quirúrgicas programadas.

Por tanto, en primer término debe quedar absolutamente claro, tanto en el título de la norma como en su articulado, si las garantías de espera máxima se refieren únicamente a las intervenciones quirúrgicas o también a las consultas externas y pruebas diagnósticas y terapéuticas en atención especializada. Puesto que si bien en el título y en el artículo 1, relativo al objeto, así como en el capítulo III se hace referencia a los plazos máximos de espera para las intervenciones quirúrgicas, no es menos cierto que el artículo 2, relativo al ámbito de aplicación, hace alusión no sólo a las intervenciones quirúrgicas programadas, sino también a las consultas externas y las pruebas diagnósticas y terapéuticas en atención especializada.

En principio parece que lo más idóneo sería que en el presente proyecto se recogieran también los plazos de espera para las consultas externas y las pruebas diagnósticas y terapéuticas, para un mejor y completo desarrollo de lo dispuesto en la ya citada disposición adicional segunda de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud; máxime si se tiene en cuenta que en el Plan de Reducción de Listas de Espera 2004-2007, aprobado mediante Acuerdo 261/2003, ya aparecen definidos los tiempos de demora máxima para consultas externas y pruebas diagnósticas.

Su no inclusión supone una regulación incompleta, que parece no justificada, a lo que debe añadirse que, además, no se prevé su regulación en ninguna de las disposiciones finales del proyecto remitido.



Preámbulo.-

Respecto a su preámbulo, ha de recordarse que, de acuerdo con el “documento de normalización” ya citado, esta pieza ha de facilitar con la adecuada concisión la comprensión del objetivo de la norma, aludiendo a sus antecedentes y al título competencial en cuyo ejercicio se dicta, ayudando a advertir las innovaciones que introduce, con la aclaración de su contenido, si ello es preciso para la comprensión del texto.

Como ha indicado el Consejo de Estado (Dictamen 4078/1996, de 5 de diciembre), el preámbulo “puede cumplir una importante función en la motivación del ejercicio de una potestad discrecional como es la reglamentaria, y puede contribuir además al control judicial de los reglamentos, en especial, desde la perspectiva del principio de interdicción de la arbitrariedad de los Poderes Públicos consagrado en el art. 9.3 de la Constitución”.

Los preámbulos de las disposiciones generales, cualquiera que sea su calificación, si bien carecen de valor normativo son elementos a tener en cuenta en la interpretación de las leyes por el valor que a tal efecto tienen, según advierte el artículo 3 del Código Civil (Sentencias 36/1981 y 150/1990), criterio que ha de ponerse de nuevo de manifiesto. Así, el preámbulo debe ser expresivo y ha de contribuir a poner de relieve el espíritu y la finalidad de la disposición respecto a cuanto se regula en su texto articulado para contribuir a su mejor interpretación y subsiguiente aplicación.

En el supuesto que nos ocupa, el contenido del preámbulo satisface el mínimo imprescindible habida cuenta de que en él, tras citarse sus antecedentes y el título competencial en cuyo ejercicio se dicta, se reseña, de manera concisa, tanto el objetivo que persigue la norma como algunos de los principales aspectos de su regulación.

Sin embargo, quizá el preámbulo podría contribuir mejor al cumplimiento del fin que le es propio si se señalara que la norma proyectada “complementa las prestaciones previstas en el R.D. 63/1995”. En efecto, de la lectura del proyecto se deduce que la principal garantía que se pretende implantar es que ante el incumplimiento del plazo máximo de respuesta a una demanda de atención quirúrgica, la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Castilla y León resulta obligada a abonar al centro elegido por el paciente los



gastos derivados de la correspondiente intervención quirúrgica, con el límite máximo de las cuantías que en su momento se fijen. Pues bien, esta garantía, por una parte, es complemento de lo dispuesto en el artículo 5 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, que regula el reembolso de los gastos en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidas fuera del Sistema Nacional de Salud; y, por otra, no debe confundirse con el sistema de responsabilidad patrimonial de la Administración, que no se constriñe, en materia sanitaria, al incumplimiento de un plazo.

Incidentalmente, se observa que la cita de la Ley General de Sanidad no es completa, al no recogerse ni el número ni la fecha de la norma.

4ª.- Observaciones al capítulo I.- *Disposiciones generales.*

Artículo 1.- *Objeto.*

Recoge el objeto del presente decreto, señalando que el mismo es crear en el Sistema de Salud de Castilla y León el registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y establecer plazos máximos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas, así como un sistema de garantías que asegure su cumplimiento.

A nuestro juicio el objeto que se contiene en este precepto es incompleto, ya que no hace alusión alguna a las consultas externas y pruebas diagnósticas o terapéuticas, cuando sí lo hace el artículo 2 al referirse al ámbito de aplicación. Además, únicamente se hace referencia a la creación del registro de pacientes en lista de espera de atención especializada, cuando también se recoge su regulación, tal y como se señala expresamente en su preámbulo y se desprende del resto del articulado.

Tal y como pone de manifiesto el Servicio de Evaluación, Normativa y Procedimiento de la Consejería de Sanidad, al hacerse referencia a la creación del registro de pacientes en lista de espera de atención especializada, debería recogerse una remisión a la normativa básica, de aplicación, esto es, el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.



Asimismo, en cuanto a la denominación del registro, quizá sería adecuado utilizar la misma terminología ya recogida en el Acuerdo 261/2003, de 26 de diciembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de Reducción de Listas de Espera 2004-2007.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación.

En el mismo se establece un ámbito de aplicación común para los dos objetos que regula el presente proyecto, pero, sin embargo, ello no coincide con el resto del articulado, como ya se ha puesto de manifiesto.

En cuanto a las exclusiones, además de ser más adecuado recogerlas en un apartado diferente, debe quedar claro si se refiere a las consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas, e intervenciones quirúrgicas, o sólo a estas últimas. Este Órgano Consultivo considera que, razonablemente, debe referirse a todas las prestaciones citadas al inicio, en consonancia con lo dispuesto en la normativa básica.

De acuerdo con esta normativa básica, constituida en este punto por el artículo 1.3 del Real Decreto 605/2003, al menos respecto al registro "quedan excluidas del ámbito de aplicación del presente Real Decreto las consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas de carácter urgente, así como las intervenciones quirúrgicas de transplante de órganos, cuya realización dependerá de su disponibilidad, así como las producidas en situaciones de catástrofe. Asimismo, quedan excluidas las actividades sanitarias no contempladas en la legislación vigente como prestaciones básicas y comunes del Sistema Nacional de Salud".

Artículo 3.- Información sobre listas de espera.

Tal y como manifiesta Unión Sindical de Castilla y León (USCAL), podría ser oportuno que se remitiera una copia de la información general sobre listas de espera al Consejo Regional de Salud de Castilla y León y a los Consejos de Área de Salud, cuyas funciones, entre otras, consultivas y asesoras, así lo demandan.



5ª.- Observaciones al capítulo II.- *Registro de pacientes en lista de espera de atención especializada.*

Artículo 4.- *Registro de pacientes.*

Sería conveniente que se concretara dentro del presente precepto a qué pacientes en espera se refiere, debiendo entenderse que son los que se encuentran en espera en cualquiera de los centros del Sistema de Salud de Castilla y León, en el mismo sentido que se recoge en la normativa de otras Comunidades Autónomas. Así, podemos citar como ejemplo la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 5.- *Adscripción del Registro.*

En primer término, ha de señalarse que parece que el título del precepto no es correcto, ya que el término adscripción se refiere a órganos administrativos o puestos de trabajo, y puesto que el registro no parece que se cree como un órgano dentro de la Gerencia Regional de Salud no debe hablarse de adscripción. Más adecuado parece referirse a que la gestión y funcionamiento del registro corresponde a la Gerencia Regional de Salud.

En el apartado 3 debería añadirse que en la gestión y utilización de los datos recogidos en el registro se tendrán en cuenta los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Artículo 7.- *Clasificación de pacientes.*

Aunque parece evidente que el proyecto pretende utilizar los mismos criterios de clasificación de pacientes previstos en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, ya referido (al cual se remite incluso de forma expresa), lo cierto es que la redacción de este precepto no es lo suficientemente clara al simplificarlos en tan sólo uno, según se trate de pacientes en espera estructural o no.

Cabe extremar por ello la recomendación de que se utilice exactamente la misma terminología en la identificación de las diferentes clases de pacientes que contempla el citado Real Decreto 605/2003, con el fin de evitar que puedan



surgir dificultades en la coordinación de la actividad de la Administración sanitaria de Castilla y León con la de las demás Administraciones Públicas (coordinación atribuida al Estado por el artículo 149.1.16ª de la Constitución).

Artículo 8.- Entrada en el Registro de lista de espera de los pacientes pendientes de consulta externa y pruebas diagnósticas/terapéuticas.

No queda claro a qué se refieren las expresiones “médico autorizado” y “centro autorizado al efecto”, por lo que convendría aclarar dichos conceptos con el fin de evitar dudas interpretativas a la hora de aplicar la presente norma.

En el apartado 4 se señala que se entregará al paciente una copia de la cita. Al respecto ha de tenerse en cuenta que, en algunos casos, el paciente puede ser un menor o un incapaz, o simplemente puede suceder que no pueda acudir a recoger la cita. Por ello se considera que debería recogerse que la entrega será al paciente o a persona por él autorizada, o a su representante. En dichos términos se contempla, por ejemplo, en el Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.

Artículo 9.- Entrada en el Registro de lista de espera de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada.

No queda claro a qué se refiere con médico especialista quirúrgico autorizado por la Gerencia de Atención Especializada que haya prescrito la necesidad de realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico cuya realización requiera la utilización de un quirófano.

En el apartado 1 convendría añadir, de conformidad con la normativa básica, que “no se incluirán en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica”.

Asimismo, se observa que en el apartado 4, relativo a la información que debe darse al paciente, no se recoge plazo máximo alguno durante el cual debe cumplimentarse dicha obligación de informar de la Administración sanitaria. De no introducirse un plazo expreso, debe entenderse de aplicación el plazo



general de diez días recogido en el artículo 58 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Artículo 10.- *Salida del Registro.*

Dada la gravedad de las medidas contempladas en el precepto –que determinarían la pérdida de la garantía de respuesta en el plazo establecido–, es preciso que se rodeen de las imprescindibles reglas que garanticen su justa aplicación, especialmente respecto a las contenidas en la letra b), c), d), e) y f). Por tanto, es necesario que haya constancia fehaciente de que el paciente ha recibido el requerimiento y, además, que su negativa, su falta de presencia o la demora de la intervención resultan injustificadas.

Respecto a la causa contenida en la letra d), “la existencia de contraindicación o la desaparición de la necesidad de la atención sanitaria que inicialmente motivó su inclusión en lista de espera, según informe médico”, habría que añadir que el paciente deberá ser informado de las causas de dicha contraindicación o desaparición de la necesidad. Asimismo, debería concretarse a quién corresponde emitir dicho informe médico, que parece razonable que sea el médico responsable del paciente.

Por lo que se refiere a la causa contenida en la letra f), esto es, no poder contactar con el paciente, quizá fuera aconsejable que se especificara que tales llamadas de teléfono deberían hacerse, además de en días diferentes, también en horas diferentes.

Dicha “notificación telefónica” no permite tener constancia de su recepción por el interesado, ni puede acreditarse que sea éste efectivamente el notificado, ni posibilita constatar la fecha, identidad y contenido del acto comunicado. Todas estas razones determinan que haya de considerarse que no se ajustan al régimen jurídico de las notificaciones reguladas en los artículos 58 y 59 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. No obstante, al considerar que la voluntad normativa ha sido entender como notificación fehaciente el envío de una carta certificada con aviso de recibo y además la realización de hasta tres llamadas telefónicas, este sistema de notificación sí se ajustaría a lo dispuesto en la Ley 30/1992, ya que tal carta con



aviso de recibo sí que permite tener constancia de cuanto exige el artículo 59 del citado texto legal.

Debería quedar claro que la ausencia de tales notificaciones telefónicas, siempre que exista envío de carta certificada con aviso de recibo, no condiciona la validez de la notificación, al constituirse como un medio para ponerse en contacto con los pacientes de forma más rápida y ágil.

En relación con la letra f), quizá fuera conveniente ponderar el establecimiento de un plazo de mayor duración para que el paciente pueda ponerse en contacto con el centro. En este sentido, podemos citar a título meramente ilustrativo que en la Comunidad Autónoma de Canarias el plazo es de quince días hábiles (Orden de 15 de mayo de 2003, por la que se establecen los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud), e incluso en otras Comunidades Autónomas no se recoge como causa de salida del registro, como por ejemplo, en el Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.

En cualquier caso, parece que lo más oportuno sería que las causas contenidas en las letras e) y f), más que determinantes de la salida del registro, lo fueran de la pérdida de garantía de espera máxima, puesto que la necesidad y voluntad de someterse a dichas prestaciones todavía existe por parte del paciente.

Finalmente, respecto a la causa contenida en la letra h), cuya supresión se ha propuesto en el trámite de audiencia, ha de señalarse que su inclusión tiene razón de ser, primero porque el fallecimiento del paciente es una evidente causa de baja en el registro que merece ser contemplada como tal; y segundo, porque no es indiferente la fecha en que debe entenderse producida la baja en el registro (por ejemplo en el caso de un fallecimiento producido pocos días después de haber transcurrido el plazo máximo de garantía de atención quirúrgica), por lo que, a salvo de otras consideraciones, debería mantenerse tal remisión.

El apartado 2 del presente precepto no se ajusta a lo contenido en la normativa básica. Así, mientras que en el artículo analizado se señala que “la fecha de salida del Registro será la del momento en que se produzca el hecho



causante", en el anexo II del Real Decreto 605/2003 se señala que "se define como fecha de salida del registro la fecha en la que el paciente es dado de baja en éste. Toda salida del registro deberá quedar documentada figurando el motivo específico de aquella".

Esta concreta observación al apartado 2 tiene carácter sustantivo y deberá ser atendida para que resulte procedente el empleo de la fórmula "de acuerdo con el dictamen del Consejo Consultivo de Castilla y León".

Artículo 11.- *Circunstancias justificativas de la falta de asistencia a la cita programada.*

El plazo de tres días hábiles, para acreditar la existencia de circunstancias justificativas de la falta de asistencia a la cita programada, parece demasiado breve, lo que podría determinar dejar vacío de contenido el precepto. A título meramente ilustrativo, puede señalarse que la Comunidad Autónoma de Canarias otorga un plazo de quince días naturales.

Asimismo, no se alcanza a comprender cómo la falta de asistencia puede llevar aparejada que queden sin efecto las garantías previstas en este decreto o en cualquier otra norma que resulte de aplicación. Parece que lo razonable, a fin de no dejar vacío de contenido las garantías previstas en el presente proyecto, sería entender que, mientras concurre la circunstancia justificativa de la falta de asistencia a la cita programada, se considere interrumpido el plazo de cómputo de la garantía de espera máxima, pero no que se pierda la garantía.

En este sentido se recoge, por ejemplo, en la Orden de 15 de mayo de 2003, por la que se establecen los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud, donde se establece expresamente que no se perderá la garantía de respuesta cuando la incomparecencia sea debida a alguna de las circunstancias previstas en el mismo. Asimismo, recoge el plazo, en atención a la circunstancia justificativa, durante el cual quedará en suspenso el plazo de respuesta establecido.

En cuanto a las circunstancias contenidas en el apartado 1, se observa que únicamente se contempla el nacimiento de hijo, pero no la adopción,



debiendo incluirse expresamente la misma al estar equiparados en derechos los hijos biológicos y los adoptivos, al igual que otras Comunidades Autónomas, como por ejemplo, y más recientemente, la de Extremadura.

En cuanto a la circunstancia contenida en segundo lugar únicamente ha de ponerse de manifiesto que en otras Comunidades Autónomas, por ejemplo en la Comunidad Autónoma de Canarias, se regula más ampliamente, puesto que se dispone como causa el fallecimiento o enfermedad grave de un familiar por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado inclusive, mientras que en el texto proyectado sólo se recoge hasta el segundo grado.

Respecto a la última de las causas, debería quedar claro si con ella se quiere hacer referencia únicamente a los supuestos de fuerza mayor o también a los de caso fortuito.

Por último, y desde un punto de vista comparativo con la normativa existente al respecto en otras Comunidades Autónomas, ha de señalarse que, por ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Canarias y en la de Aragón se recoge, además, como circunstancia justificativa el matrimonio y el cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal; circunstancias que podrían ser valoradas para su inclusión o no en texto del proyecto remitido.

6ª.- Observaciones al capítulo III.- Plazos máximos de espera en intervenciones quirúrgicas y sistema de garantías.

Respecto al título del capítulo debería añadirse el término “programadas” al hablar de intervenciones quirúrgicas, en consonancia con el resto del articulado.

Artículo 12.- Plazos máximos de espera para las prestaciones garantizadas.

En primer lugar, respecto al título, no debería hablarse de prestaciones garantizadas, sino de intervenciones quirúrgicas programadas, de forma más concreta y precisa.

Asimismo, dentro del apartado 1 igualmente deberían sustituirse los términos “procedimientos y técnicas quirúrgicas programadas” por el de



“intervenciones quirúrgicas programadas”, ya que ambos términos no pueden considerarse sinónimos y podrían dar lugar a dudas interpretativas e inseguridad jurídica.

Por otra parte, llama la atención que el Plan de Reducción de Listas de Espera 2004-2007, aprobado mediante Acuerdo 261/2003, de 26 de diciembre, prevea plazos menores de demora máxima; concretamente, para el año 2005: 150 días, para el 2006: 130 días y para el 2007: 100 días, mientras que en el texto del proyecto se fija un plazo general de 165 días naturales y de 30 días naturales para la cirugía oncológica y la cirugía no valvular.

Asimismo, se observa que no se tienen en cuenta las prioridades para la inclusión en lista de espera, contenidas en el anexo III del Real Decreto 605/2003, aludido, puesto en relación con el artículo 3 del citado texto legal, que recoge las siguientes prioridades para indicación quirúrgica:

- Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquélla no produce secuelas importantes.

En este sentido, a título meramente ilustrativo, puede citarse la Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura, que dispone expresamente, al regular los tiempos máximos de respuesta, que “sin perjuicio de los plazos máximos previstos en el apartado 1 del presente artículo, se deberán respetar los criterios de priorización de pacientes en lista de espera en (...) intervenciones quirúrgicas que se establezcan reglamentariamente sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 3.1 del real decreto 605/2003 (...)”.

Esta concreta observación sobre las prioridades para indicación quirúrgica tiene carácter sustantivo y deberá ser atendida para que resulte



procedente el empleo de la fórmula "de acuerdo con el dictamen del Consejo Consultivo de Castilla y León".

Artículo 13.- *Beneficiarios.*

En cuanto a los beneficiarios de las garantías establecidas en el presente proyecto de decreto, se establece que serán los residentes en la Comunidad de Castilla y León que dispongan de tarjeta sanitaria individual del Sistema de Salud de Castilla y León y que figuren en el registro de pacientes en lista de espera.

Este Consejo considera que, al hablarse de residentes en la Comunidad de Castilla y León, podrían dejarse fuera de la aplicación del sistema de garantía a los menores extranjeros o a las mujeres extranjeras embarazadas, incumpléndose así la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

La citada Ley Orgánica dispone que cuando existe la mera estancia en España, la regla general es que los extranjeros tendrán derecho únicamente a la asistencia pública de urgencia. Dicha regla, sin embargo, quiebra en dos casos: en primer lugar, en el de las extranjeras embarazadas, que tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el postparto, habiendo interpretado la doctrina que tal asistencia no se contrae a la específicamente derivada de la maternidad; y, en segundo lugar, en el de los extranjeros menores de dieciocho años, que tendrán derecho no sólo a la asistencia de urgencia, sino, en general, a la asistencia sanitaria, en las mismas condiciones que los españoles.

A los extranjeros en los casos señalados, como excepción a la regla general, no se les exigirá la residencia, sino únicamente la mera estancia.

Por tanto, entendemos que la redacción del artículo analizado es incompleta, al no recoger las previsiones de la Ley Orgánica de Extranjería, citada, o la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, sin perjuicio de otras leyes que incluyeran a otros colectivos diferentes a los señalados. Por ello debería recogerse tales colectivos de forma expresa en el artículo citado, bastando quizás una mera alusión genérica.



En este sentido la Comunidad Autónoma de Extremadura, en su Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura, establece que “serán beneficiarios de esta Ley todos los extremeños y residentes en cualquiera de los municipios de Extremadura, con independencia de su situación legal y administrativa. Los no residentes gozarán de los mismos derechos de la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los Convenios nacionales e internacionales que sean de aplicación”.

Esta concreta observación tiene carácter sustantivo y deberá ser atendida para que resulte procedente el empleo de la fórmula “de acuerdo con el dictamen del Consejo Consultivo de Castilla y León”.

Artículo 15.- *Sistema de garantías por incumplimiento de plazo.*

Ha de ponerse de manifiesto que el derecho de opción recogido en el apartado 1 no distingue si en la atención en un centro sanitario de su elección, éste debe ser público o privado, debiendo entenderse que podría ser en ambos. No obstante, en el apartado 2 se hace referencia únicamente a centro privado.

Por tanto, en primer lugar debería aclararse el ámbito de aplicación del ejercicio de dicho derecho de opción, en los términos señalados. Considera este Consejo Consultivo que, de conformidad con el derecho de libre elección de médico, debería recogerse de manera amplia incluyendo tanto centros públicos como privados.

Así se recoge, por ejemplo, en la normativa de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y de Aragón, donde no se distingue entre centro público o privado.

Artículo 16.- *Documento acreditativo de la garantía.*

En cuanto al plazo para la emisión del documento acreditativo de la garantía, se señala en el apartado 1 del precepto un plazo de dos días, que han de entenderse hábiles, observándose que falta la inclusión del momento –*dies a quo*– en el que empieza a contar dicho plazo, que habrá de entenderse desde la presentación de la solicitud por parte del interesado en el registro de la Gerencia de Salud de Área correspondiente.



Ha de valorarse de forma positiva el breve plazo establecido para la expedición del documento acreditativo de la garantía, en comparación con otras Comunidades Autónomas que establecen un plazo superior, como por ejemplo la de Castilla-La Mancha, que fija un plazo de cinco días, o la de Aragón o Andalucía, que no recogen ningún plazo.

No obstante, se echa en falta cuáles son las consecuencias de no expedir la Administración sanitaria tal documento en plazo.

En cuanto al apartado 2, respecto a la terminología empleada en la letra b) –“procedimiento o técnica quirúrgica”–, sería preferible, como ya se ha expuesto, aludir a “intervenciones quirúrgicas programadas”.

Asimismo, en la letra c) no debería aludirse a “asistencia sanitaria” sino a “intervención quirúrgica”, por las razones antes apuntadas al examinar el artículo 12.

En la letra g) se establece que uno de los extremos que debe contener el documento acreditativo de la garantía es el periodo de validez del mismo. Al respecto se señala que será de tres meses, a diferencia de otras Comunidades Autónomas, donde se recoge un plazo mayor, como en la de Castilla-La Mancha que es de un año.

Por último, se considera que debería contemplarse la oferta de centros alternativos para la realización de las correspondientes prestaciones por parte de la Administración, tal y como exige la disposición adicional segunda de la Ley 8/2003, citada, y que es objeto de desarrollo en el presente proyecto.

En este sentido podría incorporarse un apartado 3 en el que se haga constar, por ejemplo, y a título meramente ilustrativo, que “junto con el documento acreditativo de la garantía se le facilitará al paciente una relación de centros sanitarios públicos y privados en los que se pudiera practicar la intervención, sin perjuicio del derecho a la libre elección de centro sanitario”. En estos términos se recoge, por ejemplo, en la normativa sobre la materia de las Comunidades Autónomas de Andalucía y Aragón.



Artículo 17.- *Requisitos para el pago de la asistencia.*

Se exige para el pago de la asistencia, además de la factura individualizada, el informe clínico donde conste la asistencia prestada. Entendemos que debería completarse tal requisito exigiendo además, como es lógico, los datos de identificación del paciente (nombre y dos apellidos, domicilio, número de usuario de la Seguridad Social), modalidad y fecha de la asistencia sanitaria especializada dispensada.

Por otro lado, el requisito relativo a la “declaración del profesional o profesionales que han prestado la atención de no pertenecer al Sistema de Salud de Castilla y León, ni encontrarse incurso en causa de incompatibilidad” suscita algunas dudas sobre su verdadero alcance.

En efecto, con arreglo a su tenor literal, la mera pertenencia al Sistema de Salud de Castilla y León excluye al profesional afectado de toda posibilidad de atender (en el ámbito privado) a un paciente que provenga, según lo previsto en el propio decreto, de las listas de espera de la Comunidad, aun cuando dicho profesional no haya participado en modo alguno ni deba hacerlo en su tratamiento en el ámbito sanitario público, ni tenga impedimento para ejercer una actividad privada por razón de incompatibilidad. Por otra parte, tampoco se alcanza a comprender bien qué añade a esta específica previsión el inciso final, relativo a no estar incurso en causa de incompatibilidad, pues la simple pertenencia al Sistema de Salud de Castilla y León genera una especie de incompatibilidad absoluta.

Asimismo, sería conveniente exigir un requisito más, consistente en la aportación de la copia de la autorización sanitaria, para la prestación realizada, otorgada por la Comunidad Autónoma en la que radique el centro sanitario elegido por el paciente.

Artículo 18.- *Supuestos de exclusión de la obligación de pago.*

Quizá fuera oportuno regular las consecuencias en cuanto al pago de aquellas intervenciones que se consideren necesarias realizar en el acto quirúrgico y que no coincidan con las inicialmente registradas, como consecuencia de discrepancias diagnósticas surgidas en dicho acto. En este supuesto, por ejemplo, la Comunidad Autónoma de Andalucía señala que el



abono de las mismas se resolverá por la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía, previo informe del centro donde se realizaron.

Artículo 19.- *Abono de gastos.*

Parece conveniente que se incluya dentro del precepto una referencia a aquellos supuestos en los que el pago de la intervención sea realizado íntegra y directamente por el propio paciente al centro sanitario elegido.

Artículo 20.- *Gastos de desplazamiento.*

Debe quedar claro que no nos hallamos ante un supuesto de aplicación del artículo 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que regula que “en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél, y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”. Evidentemente, en el proyecto de decreto no se está tratando de tales supuestos urgentes, que están excluidos de su ámbito de aplicación, sino de una situación muy distinta en la que el Sistema Sanitario Público no ha respondido a la necesidad de intervención quirúrgica en el plazo máximo establecido.

Por otra parte, debería aclararse a qué se quiere hacer referencia cuando se dice que el centro sanitario “haya sido autorizado previamente por la Gerencia de Salud de Área, siempre que sea dentro del territorio nacional”.

7ª.- Observaciones de técnica normativa.

Deberían unificarse las referencias que se realizan a lo largo del texto proyectado de forma indistinta a “Consejería de Sanidad” o “Consejería competente en materia de Sanidad”. Convendría, en este sentido, utilizar un único criterio de identificación con el fin de evitar las posibles confusiones a que pueden dar lugar el hecho de que un mismo órgano administrativo, como sucede en el ejemplo expuesto, sea aludido de diversa forma.



Ambas posibilidades presentan ventajas e inconvenientes: así, la opción por la denominación formal del órgano administrativo permite su perfecta identificación, pero puede quedar desfasada con mayor o menor rapidez como consecuencia de una reestructuración administrativa o incluso, simplemente, de un cambio en su denominación; a la inversa, la opción por la referencia genérica al ámbito competencial parece más perdurable en el tiempo, pero puede inducir en cierta medida a confusión.

A juicio de este Órgano Consultivo el contenido de la disposición final primera es más propio de una disposición adicional que de una final, en atención a las Directrices contenidas en el "documento de normalización" antes referido, lo cual es igualmente predicable de la primera parte de la disposición final segunda respecto a la ampliación de datos del registro.

Por otro lado, dado el contenido de la misma, sería más oportuno recoger en una disposición adicional la revisión de plazos y en otra distinta la suspensión de la garantía.

8ª.- Correcciones lingüísticas y gramaticales.

Debería aparecer entrecomillado "Boletín Oficial de Castilla y León" en la disposición final tercera del texto proyectado.

Por último, en atención a la terminología postal, debería aludirse en el artículo 10.1, letra f), no a "acuse de recibo", sino a "aviso de recibo".

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Atendidas las observaciones realizadas al artículo 10.2, sobre la fecha de salida del registro; al artículo 12, sobre las prioridades para indicación quirúrgica; así como al artículo 13, sobre los beneficiarios, sin lo cual no resultará procedente el empleo de la fórmula "de acuerdo con el dictamen del



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

Consejo Consultivo de Castilla y León”, y consideradas las demás observaciones formuladas, puede elevarse a la Junta de Castilla y León el proyecto de decreto, elaborado por la Consejería de Sanidad, por el que se crea el registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.