

RACIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE EN ATENCION PRIMARIA

Marta E. Ramos Mayorga

*Letrada del Servicio Jurídico. Gerencia Regional de Salud.
Junta de Castilla y León*

Ana I. Rodríguez Lorca

*Letrada Jefe del Servicio Jurídico. Gerencia Regional de Salud
Junta de Castilla y León*

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. REORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL HORARIO DE LOS CENTROS DE GUARDIA
- III. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA MEDIDA
- IV. JUDICIALIZACIÓN DE LA MEDIDA ADOPTADA
 - IV.1 Actuaciones previas de los Municipios afectados
 - IV.2 Solicitud de adopción de Medidas Cautelares por los Ayuntamientos recurrentes
 - IV.3 Planteamiento jurídico para la defensa de la actuación administrativa
- V. SITUACIÓN EN OTRAS COMUNIDADES AUTONOMAS
- VI. CONCLUSIONES

PALABRAS CLAVE

Sostenibilidad, reorganización, urgencias, horarios, asistencia, subcentros.

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1984, año de la implantación del nuevo modelo de atención primaria, no se había realizado ninguna revisión del modelo de atención a las urgencias en Castilla y León. Con el fin de conseguir un uso más eficiente de los recursos disponibles y favorecer con ello la sostenibilidad del Sistema Público de Salud de Castilla y León, en unos momentos de crisis económica tan agudizada como la que actualmente estamos viviendo, se procedió a realizar un análisis general de la situación actual de la atención a las urgencias en la Comunidad analizando todos aquellos parámetros que, de una forma u otra, tuvieran incidencia en la prestación de este tipo de atención, tales como: lugares donde se presta, volumen de la demanda por tramos horarios, composición de los equipos de guardia, dispersión, envejecimiento de la población, recursos de la Gerencia de Emergencias Sanitarias disponibles en cada Zona, etc. De las conclusiones de este análisis surgió el documento denominado **Planificación Funcional de Atención a las Urgencias** que comenzó a desarrollarse en el año 2011 y cuya conclusión se produjo en febrero de 2012 y que afecta a todos los niveles del Sistema Público de Salud regional.

Para asegurar el logro del objetivo propuesto – optimización de los recursos sanitarios disponibles tanto humanos como materiales- se proponen tres vías principales:

- Revisión del marco territorial y poblacional donde se desarrolla la atención sanitaria urgente y la estructura física y funcional que le da soporte.
- Revisión de las demandas asistenciales urgentes tanto a nivel hospitalario como extra hospitalario y la utilización de los recursos durante el año 2011.
- Determinar las medidas encaminadas a reducir las ineficiencias y duplicidades que puedan ser evitables, con el fin de dar una cobertura equitativa y eficiente de la asistencia sanitaria a la urgencia para todos los ciudadanos de la Comunidad de Castilla y León.

Se procedió al análisis de todos aquellos parámetros ya mencionados anteriormente y con la finalidad de lograr unos resultados objetivos que permitieran establecer unas propuestas eficientes para la adecuada organización de la asistencia sanitaria a la urgencia en la Comunidad de Castilla y León. Lo que hace necesario revisar el modelo de organización y adaptarlo al contexto actual, adecuando los recursos humanos y materiales a la demanda y evitando, cuando sea posible, duplicidades de servicios con el objetivo de favorecer la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Castilla y León.

Desde un punto de vista demográfico la Comunidad de Castilla y León cuenta con una población superior a los 2.5 millones de habitantes, siendo la más extensa de España, con cerca de 95.000 Km². en base ello su Mapa Sanitario aparece estructurado en 11 Áreas de Salud y 249 ZBS. La cobertura de las urgencias sanitarias es del 100% de la población y se presta a través de los siguientes recursos:

- 14 Complejos asistenciales.
- Los puntos de atención continuada, de los cuales 188 están ubicados en el medio rural y semi urbano y 31 en el medio urbano.
- Los Recursos de la Gerencia de Emergencias sanitarias a disposición en todo el ámbito territorial de la Comunidad. Así cuenta con:

- Ambulancias de Soporte Vital Básico
- Ambulancias Medicalizadas
- Helicópteros Sanitarios

Respecto a la atención primaria en urgencias las 11 Áreas de Salud mostraban grandes diferencias en los criterios tenidos en cuenta a la hora de organizar sus recursos humanos. Así analizados los turnos de trabajo de los profesionales y horarios de atención, se comprobó que existía una gran disparidad de unos centros a otros, y en consecuencia con una repercusión negativa en la asistencia la población¹. Excepcionalmente en ZBS rurales además de contar con la habitual atención urgente en sus centros de salud, disponían de centros de guardia ubicados en consultorios locales duplicándose, en estas ZBS, la prestación de la atención a la urgencia.

Del análisis efectuado se propusieron las siguientes medidas:

- Reorganización de los PAC Urbanos ubicados en poblaciones de más de 20. 000 habitantes concentrándoles en puntos estratégicos
- Integración en un mismo edificio de PACs rurales y PACs urbanos en aquellas poblaciones donde coexistan ambos tipos.
- Reducción de efectivos de guardia en PAC Rurales donde haya más de un efectivo de guardia por categoría en función del volumen de demanda previsto.
- Reorganización funcional del horario de funcionamiento de los Centros de Guardia ubicados en Consultorios Locales.

II. REORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL HORARIO DE LOS CENTROS DE GUARDIA

De acuerdo con la normativa vigente², en cada ZBS, si estuviera compuesta de varios municipios, se fijará un municipio-cabecera, donde está ubicado el

1 A modo de ejemplo el número de PAC: con población similar y en la misma capital, como es el caso de las dos Áreas de Valladolid, nos encontramos diferencias, en Valladolid Oeste tenemos 6 PAC y 3 SUAP y en Valladolid Este 5 PAC.

2 Decreto 60/1985, de 20 de junio, sobre organización funcional de las Zonas de Salud de Castilla y León y de normas para la puesta en marcha de los equipos de atención primaria.

Centro de Salud de la Zona que es, conforme a dicha normativa, precisamente, el lugar físico desde donde debe prestarse y coordinarse la atención sanitaria de nivel primario, incluida la atención a las urgencias, para todos los usuarios de la Zona de Salud.

De las 249 Zonas de Salud de Castilla y León sólo en 20 de ellas —antes de la reordenación— existían Centros de Guardia adicionales ubicados en Consultorios Locales dentro de una misma Zona de Salud en el que también se prestaba atención de urgencias. Este hecho constituía una excepcionalidad ya que solo afectaba a 20 de los 3.652 consultorios locales existentes en la Comunidad de Castilla y León, teniendo un carácter complementario, a la atención urgente que en todo caso ha de prestarse obligatoriamente con carácter continuo y continuado desde el Centro de Salud.

Se hizo un estudio específico por cada zona básica de la demanda asistencial urgente que se producía en el tramo horario de 22 a 8 horas. Los datos objetivos con que se concluye el análisis, es que dicha demanda podría ser atendida por el equipo de guardia del Centro de Salud de referencia, sin que con ello se provoque ninguna merma en la calidad de la asistencia prestada, ya que tanto los tiempos como las distancias existentes entre las localidades y el Centro de Salud son asumibles y de hecho similares a las existentes en muchas otras Zonas de Salud de la Comunidad³.

La medida concreta forma parte del “**Plan de Ordenación de Recursos Humanos en Atención Primaria**” que está en fase de tramitación administrativa. Para la elaboración del citado Plan se ha partido de un estudio previo de cargas reales de trabajo que tenía cada uno de los profesionales sanitarios que desarrollan su labor en el ámbito de atención primaria⁴.

3 Ha de tenerse en cuenta que la prestación de la atención urgente en el nivel de la Atención Primaria para el 99% de la población de Castilla y León se realiza únicamente a través de su Centro de Salud de referencia, sin olvidar el Servicio de Emergencias 1-1-2 operativo las 24 horas del día, los 365 días del año.

4 Se tiene en cuenta el lugar físico en el que el profesional desarrolla su trabajo diferenciando entre, medio rural, urbano o semiurbano dadas las diferentes peculiaridades existentes entre cada uno de ellos y el tipo de población asignada a cada profesional sanitario ponderada por tramos de edad ya que, a mayor envejecimiento, mayor demanda asistencial del usuario.

Así, la ponderación de la carga de trabajo por cada paciente se ha realizado en función de los tramos de edad, mayor a medida que aumenta el tramo de edad.

Para determinar cuál debería ser la plantilla óptima para cada EAP y con ello conocer que Equipos estaban por encima y cuales por debajo de su plantilla óptima se tienen en cuenta criterios tales como: número de usuarios residentes en cada localidad; número de consultorios que corresponde atender a cada profesional; tiempo de desplazamiento para acceder a cada consultorio desde la localidad donde está ubicado el Centro de Salud de la Zona; número total de pacientes que cada profesional ha visto en el último año natural.

En este sentido y con carácter general se puede decir que en numerosos EAP rurales la plantilla de la que disponen está muy por encima de la considerada plantilla óptima; en tanto que en los EAP del medio urbano sus plantillas suelen estar por debajo de la misma.

III. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA MEDIDA

La reorganización del horario de los profesionales que realizan la guardia⁵, que lleva aparejada como consecuencia inmediata el nuevo horario de los centros de guardia o consultorios, se lleva a cabo a través de la llamada *Instrucción para la reordenación de la atención continuada en los subcentros de guardia*, dictada por el Gerente de Atención Primaria y siguiendo el procedimiento establecido, esto es:

- a) Informar al Delegado Territorial de la provincia donde se va a producir la reorganización.
- b) Informar a la Junta de Personal.
- c) Informar a los Coordinadores de los EAP afectados.
- d) Elaboración de una instrucción del Gerente de Atención Primaria.
- e) Información a la población afectada de la fecha en la que comienza la medida y en qué consiste la misma.

5 En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8.1 de la Orden SAN 276/2012, de 26 de abril, sobre organización de la Jornada ordinaria, calendario laboral y horarios en los Centros e Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud {por la que se desarrolla la Ley 1/2012, de 28 de febrero, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras.

El artículo 9.2 a), del *Decreto 24/2003, de 6 de marzo, por el que se desarrolla la estructura periférica de la Gerencia Regional de Salud*, establece que corresponde al Gerente de Atención Primaria “la organización de la actividad asistencial de los servicios sanitarios de los Equipos de Atención Primaria”. Es en este contexto donde tiene cabida la implantación de la medida de modificación del horario de funcionamiento de los Centros de Guardia, y que entraría claramente dentro de las competencias asignadas al Gerente de Atención Primaria en cada Área de Salud.

La *Ley 7/2007, de 12 de marzo, del Estatuto Básico del Empleado Público*, recoge las funciones en sus respectivos ámbitos de las Juntas de Personal y Delegados de Personal, entre las que se incluye “*tener conocimiento y ser oídos en el establecimiento de la jornada laboral y horario de trabajo, así como en el régimen de vacaciones y permisos*” (artículo 40.1.d) cuestión por la que la Junta de Personal fue adecuadamente informada de la medida en tiempo y forma. Además, y a pesar de que en su artículo 37.2, se excluye de la obligatoriedad de la negociación en mesa sectorial las decisiones de las Administraciones Públicas que afecten a sus potestades de organización siempre que no tengan repercusión sobre las condiciones de trabajo, esta medida fue objeto de información en las Mesas Sectoriales del 1 y el 13 de agosto de 2013.

Asimismo se informó al Delegado Territorial, a los responsables del Equipo de Atención Primaria y a la población afectada a través de carteles informativos.

La medida fue puesta en marcha en octubre de 2012 a través de la correspondiente Instrucción del Gerente de Atención Primaria de cada área de salud afectada (Burgos, Palencia, Salamanca, Zamora).

IV. JUDICIALIZACIÓN DE LA MEDIDA ADOPTADA

IV.1 Actuaciones previas de los Municipios afectados.

⁶Por el Defensor del Paciente en **Salamanca** se

6 Una vez que tuvieron conocimiento de la medida, la población de los municipios afectados crea una Plataforma contra el cierre nocturno de los consultorios, con el apoyo de sus respectivos Ayuntamientos. Comienza en Salamanca, le sigue Zamora, posteriormente, Burgos.

presenta una denuncia ante la Fiscalía para que se investigue el fallecimiento de dos personas por la mala prestación de la asistencia sanitaria urgente en la zona y que podría estar relacionado con el cierre de los consultorios. El Fiscal archiva las Diligencias abiertas por entender: por una parte, que los hechos denunciados no pueden encajar en infracción penal; y, por otra, que es una medida administrativa y que será dicho orden jurisdiccional el que, en su caso, deba proceder a su revisión.

Igual suerte corre la denuncia que se presenta ante la Fiscalía de **Zamora**, por la Asociación Defensor del Paciente, en la que se relatan unos hechos que podrían ser tipificados como delito de “omisión del deber de socorro”, derivado de la falta de asistencia, a consecuencia del cierre nocturno del centro de Muelas del Pan. El hecho consiste en una llamada recibida en el 112 –Centro coordinador desde el que se organiza la asistencia sanitaria urgente–, a las 6.30 aproximadamente de la mañana, en la que se pone de manifiesto el fallecimiento de un paciente poco antes de la 1 de la mañana. Obviamente se archiva.

En **Burgos** se presenta una queja ante el Procurador del Común, -figura análoga al Defensor del Pueblo-. El motivo de la queja es la supresión de una plaza de facultativo y otra de enfermera en el Centro de Salud de referencia. Aprovecha la Queja para emitir una Resolución en la que, a la vista del informe que se remite desde la Administración Sanitaria relativo a la reorganización de la atención urgente en el medio rural -que justifica dicha amortización- y tras hacer una exposición del derecho a la protección de la salud del artículo 43 de la C.E. y una valoración sobre la asignación de TIS a los profesionales en la zona rural⁷, incide en los motivos que llevan a la Administración sanitaria a reorganizar la atención urgente⁸ y con una crítica a las medidas adoptadas, concluye con la Recomendación de que por parte del órgano

7 “... Es evidente que detrás de cada TIS hay una persona con unas características concretas (edad, estado de salud, medio en el que vive, capacidad de desplazamiento, etc) y, a nuestro entender estas circunstancias no se han tenido en cuenta a la hora de adoptar medidas como la amortización de la plaza que ha dado lugar a la presentación de esta queja. En el caso que nos ocupa (igual que en gran parte del medio rural castellano leonés asistimos a una Zona Básica de Salud con una población con un elevado índice de envejecimiento, dispersa geográficamente (por encima de la elevada media existente en Castilla y León), con distancias medias de 35 Km. entre los núcleos de población y vías de comunicación en deficiente estado cuya situación se agrava por la climatología adversa...”

8 Copia del Auto del TSJ de Castilla La Mancha, en lo que a intromisión en las competencias de la Administración se refiere cuando es la actual situación económica la que induce a la adopción de medidas de esta naturaleza.

competente se reconsidere “... la eliminación de la asistencia sanitaria urgente en el Consultorio Local de Pradolungo por las razones expuestas obviando criterios exclusivamente economicistas y de ratio y valorando la situación concreta tanto de la zona (geográfica y climatológica) como de los pacientes (de edad avanzada y/o pacientes crónicos)...”.

Utiliza como argumento el supuesto tiempo de desplazamiento entre el Municipio de cabecera y el resto de Municipios de la ZBS, acudiendo al artículo 1.3, del Decreto 60/1985, cuya redacción responde a un criterio organizativo, a saber, la delimitación de las ZBS⁹.

A lo anterior y con carácter previo a la interposición del recurso contencioso-administrativo, en Burgos y Zamora, los Ayuntamientos presentaron el requerimiento previo contra la vía de hecho -artículo 30 LRJCA-, intimando a la Administración Sanitaria en el cese de la actuación y apertura de los consultorios en horario de 22.00 a 08.00.

El requerimiento previo no es atendido al existir una actuación administrativa dictada por órgano competente -Instrucción del Gerente de Primaria- y de conformidad con el procedimiento establecido al efecto, como se ha expuesto.

IV.2 Solicitud de adopción de Medidas Cautelares por los Ayuntamientos recurrentes.

Los Ayuntamientos recurrentes de Salamanca y de Burgos¹⁰, al interponer el recurso contencioso-administrativo, solicitan, en primer lugar, la medida cautelar *inaudita parte* de restablecimiento del servicio sanitario de urgencias nocturnas prestado en el Centro de Guardia entre las 22 horas y 8 horas de la mañana del día siguiente, manteniendo abierto y a disposición de los usuarios, las 24 horas del día.

9 “...Pues bien, es evidente que en el caso que nos ocupa y dado el horario al que se refieren las urgencias entre las 15 y las 8 horas de los días laborables, así como los fines de semana y festivos, el medio de locomoción habrá de ser el automóvil dado que el transporte público de otra naturaleza tiene un horario muy restringido. Hay que tener en cuenta que muchos de los usuarios de las urgencias por su edad avanzada o su situación no disponen de este medio de transporte y que su uso se limita o dificulta mucho dadas las circunstancias orográficas y climatológicas principalmente de la zona...”

10 En Zamora al día que se redacta la presente comunicación no han acudido a la vía contenciosa, con lo que se puede presumir por el plazo transcurrido que no interpondrán recurso contencioso-administrativo.

Tramitada en pieza separada, se dicta Auto en el que se desestima -en todos los Juzgados¹¹ la medida solicitada, al no apreciar circunstancias de especial urgencia por el tiempo transcurrido desde que la medida fue puesta en funcionamiento¹². Lo anterior sin perjuicio de que se ordene la tramitación del incidente cautelar conforme al artículo 131 LRJCA, con audiencia de la Administración.

Para la adopción de la medida cautelar del artículo 131 citado, los recurrentes se basan: por una parte, en el riesgo de mayores daños o peligros para la salud por el tiempo que se va a utilizar en los desplazamientos ante situaciones críticas para la vida humana, puntualizando en la edad de la población, que se encuentra envejecida y con escasos medios de transporte; y, por otra, en el supuesto colapso por saturación del Centro de Salud del municipio cabecera.

Como argumentación jurídica para justificar el denominado *periculum in mora*, así como el *fumus bonis iuris* acuden a:

- El Auto 17 de enero de 2013, del TSJ de Castilla-La Mancha, que entienden es un supuesto idéntico.
- La Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación del sistema de Salud de Castilla y León, en el que se establece que la atención de guardia debe ser de 24 horas, que era como se venía prestando.
- La vulneración de lo dispuesto en el Real Decreto 137/1984, con redacción similar al Decreto (autonómico) 60/1985, que en el artículo 1.3, al delimitar las Zonas de Salud, si estuviera formada por varios municipios, se fijará un municipio-cabecera que no debe distar del resto de municipios de la Zona un tiempo superior a 30 minutos, utilizando los medios habituales de locomoción.

Señalan que se provoca una incertidumbre incompatible con la actividad prestacional sanitaria en lo relativo al servicio de urgencias nocturnas. Aportan un acta notarial en que se constata que la distancia más corta excede en algunos municipios de la zona en esos 30 minutos, lo que puede dar lugar

11 En turno de reparto, tanto en Salamanca, como en Burgos los dos Juzgados de lo Contencioso-Administrativo que funcionan en cada una de ellas ha conocido del asunto.

12 En Salamanca el nuevo horario se empieza a aplicar el 15 de octubre de 2012 y la solicitud de la medida cautelar tiene entrada en el juzgado el 8 de febrero de 2013; en Burgos fue el 1 de octubre de 2012 cuando empieza a regir nuevo horario y el requerimiento previo se presenta el 14 de febrero.

a perjuicios de imposible o difícil reparación que se concretan en el riesgo de mayores daños o peligros para la salud provocados por el mayor tiempo que requieren los desplazamientos.

IV.3 Planteamiento jurídico para la defensa de la actuación administrativa

Desde los Servicios Jurídicos de la Comunidad se organiza la oposición a lo solicitado, en base a lo siguiente:

1 Dejar planteada la inadmisibilidad del Recurso Contencioso-administrativo.

Atendiendo a que las medidas cautelares en el ordenamiento jurídico español siguen siendo instrumentales y sólo pueden producirse dentro de un proceso que cumpla con todos los elementos necesarios para ser sustanciado, de los que carecen los planteados en los que se aprecian evidentes signos que llevan aparejada la inadmisibilidad –incluso a trámite–, las causas de inadmisibilidad que se invocan son:

- Inexistencia de la vía de hecho, que determina la improcedencia de la medida cautelar.
- Carácter inimpugnable de la Instrucción del Gerente de Atención Primaria.
- El carácter extemporáneo del recurso contencioso administrativo.

2 Oposición a la adopción de la medida cautelar.

IV.3.1 Inadmisibilidad del Recurso Contencioso-Administrativo

Inexistencia de la vía de hecho, que determina la improcedencia de la medida cautelar.

El artículo 51 de la LRJCA determina en su párrafo tercero que cuando se impugne una actuación material constitutiva de vía de hecho, el Juzgado podrá también inadmitir el recurso si fuera evidente que la actuación administrativa se ha producido dentro de la competencia y de conformidad con las reglas del procedimiento legalmente establecido, resolviendo por Auto dicha cuestión.

Para que pueda apreciarse la existencia de la actuación material constitutiva de la vía de hecho ha de

darse alguna de las siguientes circunstancias:

a) Inexistencia de acto administrativo que legitime la actuación, bien porque la Administración hubiera iniciado sin haber adoptado previamente acto alguno que le sirva de fundamento, bien porque, aun existiendo el acto y siendo válido, la ejecución material nada tenga que ver con los supuestos de hecho del mismo, o bien porque el acto incurra en tan grave defecto que carezca de toda fuerza legitimadora de la misma.

b) Irregularidad que afecte a la ejecución material en sí misma considerada, de tal manera que adolezca de vicios tan graves que conviertan la ejecución en una vía de hecho, pese a la existencia de acto administrativo legitimador y válido.

La vía de hecho no concurre a la luz de la actuación que se impugna, la existencia de la Instrucción del Gerente de Primaria se reconoce por los distintos recurrentes, incluso con anterioridad a su puesta en marcha, siendo una instrucción pública, conocida, comunicada y dictada por órgano competente para ello y siguiendo el procedimiento establecido al efecto.

Carácter inimpugnable de la Instrucción del Gerente de Atención Primaria.

La Instrucción del Gerente de Atención Primaria se dicta al amparo del artículo 21 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP), por tanto tiene un carácter interno, en la misma se establecen unos horarios de trabajo especiales con base en la Orden SAN 276/2012, de 26 de abril, sobre organización de la jornada ordinaria, calendario laboral y horarios en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud.

El carácter extemporáneo del recurso contencioso administrativo

Puesta en funcionamiento la medida en octubre¹³, el requerimiento previo en Burgos y Zamora, o el recurso contencioso administrativo en Salamanca se presenta en febrero. Por tanto, aun cuando entendiéramos que pudiera configurarse como vía de hecho, los plazos para interponer bien el requerimiento previo, bien directamente recurso contencioso admi-

¹³ El 1 de octubre en Burgos; el 11 de octubre en Zamora; y el 15 de octubre en Salamanca.

nistrativo, son los previstos en el art. 46. 3 LRJCA, esto es, 10 días a contar desde el día siguiente a la terminación del plazo establecido en el artículo 30 en caso de requerimiento previo; y si no hubiere, el plazo será de 20 días desde el día en que se inició la actuación administrativa de la vía de hecho, por lo que hay que concluir que superados los plazos ampliamente, el recurso es extemporáneo.

IV.3.2 Oposición a la adopción de la medida cautelar

Para el caso de no prosperar las excepciones procesales se plantea la oposición a la adopción de la medida cautelar admitida a trámite -la regulada en los artículos 129 y ss. LRJCA-, analizando cada uno de los requisitos exigidos para su otorgamiento, consignados en la LEC y aceptados por la jurisprudencia contenciosa, y que serían los siguientes:

- Necesidad de justificación o prueba. En el régimen jurídico de las medidas cautelares no *inaudita parte* (las ordinarias), sólo procede la “adopción de la medida cautelar” en el supuesto en que se acredite –por la parte actora- que de no adoptarse, la ejecución del acto haría perder al recurso su finalidad legítima. Esto es, toda la carga de alegar y acreditar corresponde a la recurrente.

Al solicitar la reapertura del servicio de urgencias nocturnas, con carácter cautelar, se alude a hipotéticos riesgos¹⁴, que no son más que indicios de un supuesto peligro, con lo que se puede concluir que se está reconociendo la inexistencia de perjuicios reales, ciertos, acreditados y efectivos en el momento de solicitar dicha medida cautelar.

- Imposibilidad de prejuzgar el fondo del asunto. En el caso que nos ocupa, la adopción de la medida solicitada –reanudación de la prestación del servicio de urgencias en el centro de guardia- supone la satisfacción directa, y sin respetar el 24.2 CE -derecho a un proceso con todas las garantías-, de la pretensión que sin duda habrá de deducirse en el escrito de demanda.¹⁵ La petición

consignada en el escrito de demanda como pretensión principal del litigio es coincidente con la medida cautelar solicitada.

- Entrando a formular alegaciones a las específicamente formuladas en el del escrito de interposición, y recordando de nuevo que la carga de la prueba incumbe a quien alega y pide, procede decir:

Con carácter general, la comparación con la situación de Castilla-La Mancha no es factible, además de que la solicitud en Castilla-La Mancha se formuló dentro de los plazos establecidos legalmente para su impugnación, porque allí se vieron afectados Centros de Salud, en tanto que en Castilla y León la medida afecta, como tantas veces se ha dicho ya, a Consultorios, de ahí el distinto instrumento jurídico utilizado en una y otra Comunidad; ni siquiera se comparan los ordenamientos aplicables en cada supuesto.

En cuanto a la alteración de la situación preexistente, hay que tener en cuenta que constantemente se producen modificaciones en las situaciones que se ven sometidas a las variaciones que la realidad va imponiendo en cada momento, ya que no se trata de un derecho adquirido.

Respecto de la vulneración del RD 137/1984 y del Decreto 60/1985, que afirman los recurrentes, primero señalar que es una norma cuyo contenido es organizativo -se propone que el municipio cabecera sea equidistante del resto de Municipios de la ZBS-, a lo que hay que añadir la posibilidad que se brinda de acudir, al Centro que esté más cercano, aun cuando no sea el propio, que no superaría de ninguna manera los tiempos.

IV.3.3 Resoluciones Judiciales

Los Autos¹⁶ recogen las alegaciones de la administración, afirmando que no ha existido vía de hecho. Centrado el concepto de Consultorio y reconociendo su función complementaria en la actividad asistencial, con respeto al procedimiento establecido, concluyen que la actuación realizada por la Administra-

¹⁴ ... de mayores daños o peligros para la salud provocados por el mayor tiempo en el desplazamiento y mayor número de derivaciones al centro de salud con posibilidad de saturación del mismo.

¹⁵ Sería una situación equiparable a la petición de medida de suspensión de acto negativo: negación de negación es concesión de lo pedido. Que trasladado a este supuesto implicaría: reanudación de lo interrumpido es conceder lo

pedido –o por pedir–.

¹⁶ Auto 24/2013, de 21 de febrero, JCA 1 de Salamanca; Auto 34/2013, de 21 de febrero, JCA 2 de Salamanca; Autos de 11 de abril de 2013 del JCA 1 de Burgos en Pieza Separada de Medidas Cautelares n. 16, 17, 18 y 19; Autos de 9 de abril y 15 de abril del JCA 2 de Burgos en Pieza Separada de Medidas Cautelares n. 1, 2 y 3.

ción –reorganización del horario de los profesionales que realizan la guardia de conformidad con el artículo 8.1 de la Orden SAN 276/2012, de 26 de abril, sobre organización de la Jornada ordinaria, calendario laboral y horarios en los Centros e Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud por la que se desarrolla la Ley 1/2012, de 28 de febrero, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras- se encuentra amparada en una resolución administrativa dentro de las competencias que le son propias. Reconocen, en principio, las competencias del Gerente de Primaria al efecto, de conformidad con las normas orgánicas en virtud de las cuales se distribuyen las competencias, *“Cuestión distinta es que la parte recurrente no esté de acuerdo con el procedimiento seguido, la normativa aplicada o la suficiencia en la necesaria publicidad, todo lo cual podría constituir unos presuntos defectos que no pueden nunca fundamentar una vía de hecho sino, en todo caso, motivar la nulidad o anulabilidad de la actuación administrativa, lo que forma parte de la cuestión de fondo que no puede entrar a analizarse en la presente pieza separada de medidas cautelares entre los distintos órganos”* (JCA 1 de Burgos).

Los Autos han sido recurridos en Apelación ante el TSJ de Castilla y León. De momento no han sido resueltos los Recursos interpuestos.

En Salamanca ya se ha dado traslado a la Administración para contestar a la demanda, habiéndose presentado escrito formulando alegaciones previas para que se declare la inadmisibilidad del recurso, debido a la inexistencia de la vía de hecho, conforme con el artículo 58.1 LRJCA.

V. SITUACIÓN EN OTRAS COMUNIDADES AUTONOMAS

A día de hoy, siete Comunidades Autónomas han modificado el horario de funcionamiento de los centros de guardia y centros de salud, incluso han cerrado algunos de sus centros de guardia en el nivel de atención primaria:

Baleares.- En el Plan de Equilibrio Financiero se prevé el cierre de los centros de salud por las tardes. Así, los centros de salud ofrecerán atención programada hasta las 17.30 horas a partir del 2 de julio. Según un estudio realizado el 88 % de las visitas programadas en las Islas Baleares tienen lugar entre las 8 de la mañana y las 5 de la tarde, y el 60% se concentran entre las 9 y las 12 del mediodía, por tanto, las

Islas Baleares ofrecerán atención programada desde las 8.00 h hasta las 17.30 h de lunes a jueves y hasta las 15.00 h los viernes. Durante el resto de horas se activarán los servicios urgentes de atención primaria (SUAP) y los puntos de atención continuada (PAC), destinados a la atención urgente de la población, también se establece el incremento de la jornada laboral de los trabajadores públicos de 35 a 37,5 horas.

Cataluña.- Se han suprimido en el año 2011 las urgencias nocturnas en 60 Centros de un total de 140 que abrían todo el día. Así la gestión del nuevo sistema recae sobre el Sistema de Emergencias a través de su Centro Coordinador correspondiente.

Extremadura: Cerró quince puntos de guardia y redujo el horario en otros seis, no obstante, se volvió a modificar el mapa de las urgencias rurales no reabriéndose totalmente (noche y madrugada no se incluyen) y ampliándose en doce, aunque de distinta forma.

Madrid.- Ha procedido también al cierre de las urgencias nocturnas en varios Centros de Salud.

Murcia.- Ha suprimido el horario nocturno en cinco puntos de atención a las urgencias en atención primaria.

Navarra.- El Decreto Foral 131/2012, de 19 de diciembre, por el que se regulan el horario y el funcionamiento de los centros sanitarios de Atención Primaria, de los Puntos de Atención Continuada y Urgente y las modalidades de atención continuada y urgente, -vigente hasta el 26 de febrero de 2013- como su propio nombre indica, regulaba el horario y el funcionamiento de los centros sanitarios de Atención Primaria y de los Puntos de Atención Continuada y Urgente, estableciendo como modalidades de atención continuada y urgente: Sistema de Atención Continuada y Urgente; Sistema de Localización de Atención Continuada y Urgente.

Este Decreto ha sido derogado el 26 de febrero de 2013, por la Ley Foral sobre atención sanitaria continuada y urgente que deroga el Decreto Foral 131/2012 y para evitar un vacío legal han aprobado una enmienda a la proposición de ley que deroga el Decreto para seguir aplicando de forma temporal el aprobado en 1997, que contó con un acuerdo mayoritario de las instituciones y los profesionales.

Castilla la Mancha.- Por Orden de 20 de noviembre de 2012, se regula la Atención Sanitaria Ur-

gente y Continuada en las ZBS, entrando en vigor en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, el 14 de enero de 2013.

Mediante Auto de 17 de enero de 2013, dictado por la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, en el procedimiento ordinario 13/2013, pieza separada de medidas cautelares 3/2013, se produjo la adopción de medida cautelarísima, solicitada por el Ayuntamiento de Tembleque, -suspensión de la citada Orden, inaudita parte, sin intervención de la Administración autora de la norma-. Presentadas alegaciones por la Administración autonómica, el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha comunica la necesidad de conformar en su seno la llamada “Sala de discordia” regulada en el artículo 262.2 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio del Poder Judicial, con la finalidad de dirimir las distintas posturas existentes entre los magistrados respecto al mantenimiento o no de las medidas citadas, dictándose Auto de 29 de enero de 2013 por el cual se acoge la petición subsidiaria de levantamiento de medida cautelarísima solicitada por la Administración autonómica y se acuerda mantenerla con carácter provisional respecto del Ayuntamiento demandante -Tembleque-, extendiéndose mediante Providencia la citada medida a otros dos Ayuntamientos recurrentes que así la habían solicitado, y acordándose respecto de otros Ayuntamientos que también presentaron los correspondientes recursos contencioso administrativos con petición de medida cautelarísima.

La Administración en desacuerdo con tal suspensión progresiva de su disposición, interpuso recurso de reposición contra los Autos de establecimiento de medidas cautelares, siendo desestimado, aunque con el parecer en contra de dos magistrados manifestado en sendos votos particulares, mediante Auto de fecha 5 de marzo de 2013.

En base a lo anteriormente expuesto, la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales mediante Orden de 25 de marzo de 2013, deroga la Orden de 20 de noviembre de 2012, sobre la Atención Sanitaria Urgente y Continuada en las ZBS. En la exposición de motivos se indica que la racionalización de *la atención sanitaria urgente que se presta en las zonas básicas de salud, con el fin de optimizar la utilización de los recursos* ...se llevará a cabo en el marco del sistema normativo vigente, en concreto al amparo del artículo 12.1 de la Ley 1/2012, de 21 de febrero, de Medidas Complementarias para la Aplicación del

Plan de Garantías de Servicios Sociales y 51 de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.

VI. CONCLUSIONES

En Castilla y León la reorganización de la atención sanitaria urgente en atención primaria, en ningún caso ha afectado a uno solo de los centros de salud rurales con los que cuenta nuestra Comunidad, en los cuales se sigue prestando atención a las urgencias con el mismo horario que se ha venido haciendo siempre.

La medida de reducción del horario de funcionamiento de la atención urgente ha afectado a 17 Centros de Guardia ubicados en consultorios locales, en los cuales la atención a las urgencias estaba duplicada. En estas Zonas y a pesar del cierre nocturno de los Centros de Guardia la atención queda garantizada desde el Centro de Salud de su Zona donde se presta y siempre se ha venido prestando atención urgente 24 horas al día, los 365 días del año.

Tal y como se desprende de las Resoluciones Judiciales dictadas hasta el momento, podemos afirmar que la actuación realizada para llevar a cabo esta reorganización se ha realizado sin incurrir en vía de hecho.

Esto ha permitido que se logren poner en funcionamiento unas medidas que no van a tener repercusión, a priori, ni en el nivel, ni en la calidad asistencial prestada a los usuarios, con la garantía, en todo caso, de una asistencia urgente, continuada, integral, permanente y siempre accesible.

ABREVIATURAS:

EAP: Equipos de Atención Primaria.

PAC. Punto de atención continuada.

SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

TIS: Tarjeta individual sanitaria.

ZBS: zona básica de salud.

LEC. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

LRJCA: Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

JCA: Juzgado de lo Contencioso Administrativo.

TSJ: Tribunal Superior de Justicia.