

Expediente Núm. 80/2018
Dictamen Núm. 89/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 10 de mayo de 2018, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de marzo de 2018, examina el expediente relativo al proyecto de Decreto sobre el Registro de Demanda Asistencial, Información sobre Listas de Espera y Garantía de un Tiempo Máximo de Acceso a las Prestaciones Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Contenido del proyecto

El proyecto sometido a consulta se inicia con un preámbulo que expone los presupuestos de hecho y de derecho que justifican la regulación abordada. Se menciona así 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, y el Real Decreto

1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los Criterios Marco para garantizar un Tiempo Máximo de Acceso a las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, dictado en desarrollo de la previsión del también citado artículo 25.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

A continuación, se hace referencia al “desarrollo de los servicios sanitarios en Asturias” y al “proceso de implantación de las tecnologías de la información en los centros del Servicio de Salud del Principado de Asturias y en otros centros vinculados” al mismo mediante conciertos como factores que permiten “una mejor respuesta a la demanda asistencial” en este ámbito autonómico. Asimismo, se citan “la mejora sustancial en las comunicaciones” y el “desarrollo armónico de los centros y servicios del sistema sanitario” como elementos que facilitan el acceso al servicio público sanitario y aseguran la equivalencia en la oferta de prestaciones de calidad en los distintos centros, respectivamente.

Sentado lo anterior, se considera que procede “avanzar en la planificación y ordenación de la respuesta asistencial, con el objetivo de acortar los tiempos de respuesta en el proceso de diagnóstico y tratamiento”. Se dispone para ello la creación de “un único registro de pacientes”, posible “gracias al amplio desarrollo de los sistemas de gestión de la información clínica”; instrumento que también se concibe para la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos. Con esta finalidad se articula igualmente “el establecimiento de objetivos específicos que garanticen la atención en un tiempo determinado, especialmente en aquellos procesos de mayor impacto sobre la salud de la población”, para lo cual se establecen “los criterios a utilizar en el sistema de información y determina los plazos de garantía de atención sanitaria que habrá de incorporar el sistema sanitario público asturiano en los próximos años”. Se alude, igualmente, al establecimiento de mecanismos que permitan el acceso de las personas al conocimiento de los tiempos de respuesta, de la actividad desarrollada en los centros sanitarios y de su

situación individual de espera, así como a la necesidad de analizar de forma periódica, en el seno de los órganos de participación profesional, la actividad desarrollada y las áreas y planes de mejora de la organización.

Como principios rectores de la gestión de la demanda asistencial, se establecen “los principios éticos de la transparencia y la equidad en las condiciones de acceso a los servicios sanitarios, la superación de las desigualdades sanitarias y de los desequilibrios en la prestación de servicios y la promoción a nivel individual y comunitario del uso de la información sanitaria que permita” al usuario la toma de decisiones y su participación en el sistema.

Tras enunciar el contenido del articulado, el texto expositivo concluye expresando la adecuación de la norma a los principios de buena regulación previstos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el título competencial del Principado de Asturias establecido en los artículos 11.2 y 12.13 del Estatuto de Autonomía.

La parte dispositiva del proyecto está integrada por veintidós artículos, tres disposiciones adicionales, una derogatoria y dos finales y dos anexos.

Los artículos, todos ellos titulados, se agrupan en cinco capítulos. El primero de ellos -“Disposiciones generales”- aborda en los artículos 1 y 2 el objeto y el ámbito de aplicación de la norma. El segundo -“Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias”- contempla en los artículos 3 a 7 las cuestiones relativas al Registro, a las “Definiciones”, a los “Criterios de inclusión y de salida” de aquel y a la clasificación de los pacientes “en función del tipo de espera” y “de la prioridad”. El tercero -“Información y participación en relación con la demanda asistencial”- se divide a su vez en dos secciones. La primera, titulada “Información sobre la demanda asistencial”, está integrada por los artículos 8 a 10, que versan sobre el “Derecho a la información”, el “Acceso a la información relativa a la demanda asistencial” y la “Certificación de estado en el Registro”, y la segunda, bajo el título “Participación ciudadana en el seguimiento y control de la demanda asistencial”, se ocupa, en el artículo 11,

del "Consejo de participación para el seguimiento y control de las listas de espera en el Servicio de Salud del Principado de Asturias". El cuarto -"Acceso a la asistencia sanitaria"- está formado también por dos secciones. La primera, denominada "Gestión de la demanda asistencial", está compuesta por tres artículos que regulan el "Acceso a primera consulta en el ámbito hospitalario", el "Acceso a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos" y el "Acceso a intervención quirúrgica programada", y la segunda, bajo la rúbrica "Garantía de tiempo máximo de acceso", está constituida por los artículos 15 a 18, que se refieren a las "Definiciones en materia de garantía de tiempo máximo de acceso", al "Ejercicio de la garantía de tiempo máximo de acceso", a la "Pérdida y suspensión de la garantía" y a las "Obligaciones de las personas usuarias". Por último, el quinto -"Organización administrativa"- trata sobre la "Gestión del Registro", la "Comisión técnica de listas de espera" y el "Seguimiento de la situación de la demanda asistencial en las áreas sanitarias".

La parte final está formada por tres disposiciones adicionales, una derogatoria y dos finales. La disposición adicional primera determina dos plazos (de cuatro y seis meses, en función del tipo de asistencia) para el establecimiento de los medios técnicos necesarios para "el acceso de la población a conocer su situación en el Registro". La segunda regula un "Procedimiento de localización del paciente", que se prevé, "en tanto no se regule por resolución del titular de la Consejería competente en materia de Sanidad", para "la citación de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada, en todo caso, y cuando se trate de "la citación de los pacientes en espera de consultas externas hospitalarias y de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos, cuando se estime conveniente por los responsables de la gestión de estas citaciones" su aplicación. La tercera aclara que "todas las referencias" del texto en las que se utilice "la forma de masculino genérico (...) deben entenderse aplicables, indistintamente, a mujeres y hombres". La disposición derogatoria única, además de la fórmula genérica, se refiere de manera específica a "las disposiciones de igual o inferior

rango emanadas de los órganos de la Comunidad Autónoma que se opongan a lo previsto” en la norma: La disposición final primera recoge, bajo la rúbrica “Habilitación normativa”, un mandato a la Consejería del ramo para el desarrollo del Decreto, y la segunda fija su entrada en vigor al mes de su publicación en el boletín oficial correspondiente.

Por último, los dos anexos establecen los plazos de referencia para los distintos tipos de prestaciones. El primero de ellos contempla, dentro de las “consultas externas de especial atención”, el de 60 días para las especialidades de “Ginecología”, “Oftalmología”, “Traumatología”, “Dermatología”, “ORL”, “Neurología”, “Cirugía General”, “Urología”, “Aparato Digestivo” y “Cardiología”. El segundo, relativo a las “Prestaciones objeto de garantía de tiempo máximo de acceso”, se estructura en dos apartados, uno dedicado a las “Técnicas diagnósticas”, en el que se prevé el plazo de 60 días para las indicadas (colonoscopia, mamografía, ecografía, TC, resonancia R. M.), y otro referido a las “Intervenciones quirúrgicas” que cita (cirugía cardíaca valvular y coronaria, cataratas, prótesis de cadera y rodilla e histerectomía), para las que se señala el de 180 días.

2. Contenido del expediente

Figura incorporado al mismo, en primer lugar, un “informe justificativo de la necesidad de la norma”, suscrito el día 27 de abril de 2016 por la Directora General de Planificación Sanitaria y acompañado del texto de la propuesta. En él se expresan los objetivos plasmados en el preámbulo del proyecto en elaboración ya transcritos.

Por Resolución del Consejero de Sanidad de 11 de mayo de 2016, se ordena el inicio del procedimiento para la elaboración del proyecto de disposición de carácter general sobre el “Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias, información sobre listas de espera y garantías en el acceso a la atención sanitaria”, a la que se adjunta un proyecto de Decreto. En

ella se especifica que se adopta “a propuesta de la Dirección General de Planificación Sanitaria”.

Obran en aquel a continuación doce borradores del proyecto de la norma, elaborados en los meses de septiembre, noviembre, diciembre, enero y marzo de 2017, tras los cuales figura una certificación del Secretario del Consejo de Salud del Principado de Asturias, con el visto bueno de su Presidente, relativa a la celebración, el día 28 de marzo de 2017, de una reunión en cuyo orden del día figuraba la presentación del proyecto de Decreto. Consta la formulación de preguntas y alegaciones en relación con la norma por parte de varios de los miembros del órgano.

El día 21 de abril de 2017, la Directora General de Planificación Sanitaria emite un nuevo informe justificativo de la necesidad de la norma que reproduce el contenido del elaborado el 27 de abril de 2016 por la misma responsable.

Con idéntica fecha, suscribe una memoria económica en la que se explica que “el impacto económico de este Decreto estará vinculado a la eficiencia del sistema sanitario en la realización de las consultas y procedimientos mencionados en el mismo. En la medida que el sistema sanitario realice los procesos en el menor tiempo posible y no se sobrepasen los tiempos garantizados el Decreto tenderá a tener un coste más bajo./ No obstante, se realiza una estimación del impacto económico analizando las demoras de lista de espera quirúrgica obtenidas del sistema de información SESPA LEQ y las demoras de listas de espera de consultas externas y de pruebas diagnósticas obtenidas del sistema de información LECYT, a fecha 31 de marzo de 2017./ Para el cálculo del importe económico se aplicarán las tarifas que el SESPA tiene acordadas, en los convenios singulares, con los centros concertados para todas las consultas y procedimientos que se mencionan en el Decreto” o, en caso de no estar previstas, los precios públicos fijados en el Decreto 87/2009, de 29 de julio, por el que se establecen los Precios Públicos a aplicar por el Servicio de Salud del Principado de Asturias por la Prestación de Servicios Sanitarios, actualizados para el año 2016. Como

excepción, por no serles aplicables ninguna de las dos, se toma como referencia el coste por proceso en el Hospital Universitario Central de Asturias para la cirugía cardíaca valvular, la coronaria y la histerectomía. Tras calcular el número de pacientes que en la fecha establecida supera el plazo de espera "y podrían ejercer el derecho de garantía", se indica que "el presupuesto total de aplicar el Decreto (...) supondría 1.131.359,97 euros"; cantidad a la que "se podría hacer frente con los 1.519.614,86 euros previstos en los incrementos de los convenios singulares" con los centros concertados de la red sanitaria pública que se contemplan para el año 2017 en relación con las "nuevas necesidades asistenciales y siempre en previo acuerdo con el hospital".

Mediante Resolución del titular de la Consejería instructora de 2 de mayo de 2017, se ordena someter el proyecto al trámite de información pública, apareciendo insertado el anuncio correspondiente en el *Boletín Oficial del Principado de Asturias* de 18 de mayo de 2017.

Con fecha 4 de mayo de 2017, la Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad confiere trámite de audiencia, durante un plazo de veinte días, a las siguientes entidades y asociaciones: Colegio Oficial de Médicos de Asturias; Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de Asturias; Colegio Oficial de Farmacéuticos; Federación Asturiana de Concejos; Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica; Asociación de Usuarios de Sanidad; Federación de Asociaciones de Mayores del Principado de Asturias; Unión de Consumidores de Asturias; Asociación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios "Santa María de Covadonga"; Unión Cívica de Consumidores del Principado de Asturias, y Confederación de Vecinos de Asturias. Constan los acuses de recibo correspondientes a todas ellas, a excepción de la última, en la que la documentación remitida por correo es devuelta, por lo que se les envía por correo electrónico.

Consta la publicación en la Sede Electrónica de la Administración del Principado de Asturias para la formulación de alegaciones.

En el plazo concedido presentan alegaciones la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias y la Unión de Consumidores de Asturias, el Colegio Oficial de Médicos de Asturias, el Grupo Parlamentario Podemos Asturias, el Colectivo #Stop Listas de Espera y la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública en Asturias y la Asociación de Vecinos de La Providencia.

El día 28 de septiembre de 2017, la Directora General de Planificación Sanitaria emite informe sobre las alegaciones presentadas. Entre otras consideraciones, menciona que “en el momento actual se está trabajando en la redacción de la futura Ley de Salud del Principado de Asturias, que tendrá un título específico dedicado a los derechos y deberes de los usuarios en su relación con el ámbito sanitario asturiano”, y en la que “se citarán las bases de los derechos que posteriormente se regularán con normativas específicas y de mayor detalle”, entre los que se encuentra “el de la libre elección de profesional sanitario y centro”. Se incorpora al expediente un nuevo texto, posterior a los trámites de audiencia e información pública.

Con la misma fecha, la Secretaria General Técnica de la Consejería instructora remite la propuesta, junto con la memoria económica, a la Dirección General de Presupuestos para que se emita el preceptivo informe. Tras la formulación de diversas observaciones, se envía una nueva memoria económica el 24 de noviembre de 2017 en la se aclara que la creación de una Comisión técnica de listas de espera no supondrá “aumento presupuestario” alguno, ya que “en el momento actual ya existen reuniones periódicas en el Servicio de Salud con la misma composición y grupos de trabajo asociados”, sin que la designación como miembro de la Comisión implique la percepción de retribución alguna. El día 19 de diciembre de 2017 se traslada a la Dirección General de Presupuestos una nueva memoria, de fecha 15 de ese mes, en la que se “recogen los datos actualizados”. Como “presupuesto total de aplicar el Decreto” se ofrece ahora la cifra de 1.144.543,26 €, manteniéndose la previsión de 1.519.614,86 € como financiación de ingresos. Finalmente, se suscribe una

nueva memoria el 9 de enero de 2018 en la que se actualizan los datos y se señala como previsión asociada al incremento de actividad en los centros de la red concertada la de 1.633.995,40 €. Se añade, “en cuanto a la financiación presupuestaria del posible incremento de gasto en el capítulo 2” del Servicio de Salud del Principado de Asturias, que “se prevé que este aumento sea compensado con ahorros que se obtengan con expedientes de compra centralizada en licitación o ejecución y que generan en diferentes epígrafes del citado capítulo 2 (suministros de material sanitario, suministros energéticos, etc.)”.

El día 31 de enero de 2018, la Jefa del Servicio de Gestión Presupuestaria, con el conforme del Director General de Presupuestos, emite un informe en cumplimiento del artículo 38.2 del Texto Refundido del Régimen Económico y Presupuestario, aprobado por Decreto Legislativo del Principado de Asturias 2/1998, de 25 de junio, en el que se limita a remitirse al contenido de la memoria económica, parte de cuyo contenido transcribe.

Con fecha 1 de febrero de 2018, se traslada el proyecto de disposición a las Secretarías Generales Técnicas de las restantes Consejerías que integran la Administración del Principado de Asturias al objeto de que formulen las observaciones que estimen pertinentes “en el plazo de ocho días”.

Con fecha 2 de febrero de 2018, la Secretaria del Consejo de Administración del Servicio de Salud del Principado de Asturias certifica que la Directora de Planificación e Innovación Sanitaria informó a dicho órgano sobre el Decreto.

Mediante oficio de 7 de febrero de 2018, la Secretaria General Técnica de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales traslada a la Consejería instructora las observaciones formuladas.

Con fecha 8 de febrero de 2018, la Jefa del Secretariado de Gobierno, con el visto bueno del Secretario General Técnico de la Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, suscribe una serie de consideraciones de índole técnica sobre la norma en proyecto.

Se incorpora al expediente una “tabla de vigencias”, rubricada por la Secretaria General Técnica de la Consejería instructora el 7 de marzo de 2018, en la que se expresa que la aprobación del proyecto determina la derogación de la Resolución de 18 de febrero de 2016, de la Dirección General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, para la creación de la Comisión para el seguimiento y control de las listas de espera” en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como la de las disposiciones “de igual o inferior rango (...) que se opongán” al mismo. Con idéntica fecha, suscribe un cuestionario para la valoración de propuestas normativas en el que se incluyen las consideraciones relativas a la evaluación de impacto de género, sobre la infancia, adolescencia y familia y en la unidad de mercado del presente Decreto.

El día 7 de marzo de 2018, la Secretaria General Técnica de la Consejería instructora elabora un informe sobre la norma proyectada en el que resume la tramitación efectuada y señala los aspectos básicos de su estructura y los fundamentos jurídicos en los que se apoya, con especial referencia a su adecuación a los principios de necesidad, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia. En cuanto a los “informes emitidos”, expone que “en la tramitación del Decreto no se ha considerado oportuno solicitar informe al Consejo Asesor de Sanidad del Principado de Asturias”, y recuerda que con ocasión de la tramitación de un proyecto de Decreto anterior “sobre el Registro del Principado de Asturias de demanda asistencial y sobre garantías en la información a los pacientes que no llegó a aprobarse, en el dictamen del Consejo Consultivo del Principado de Asturias n.º 268/2013, de 5 de diciembre, se señaló que se había incumplido el preceptivo trámite de audiencia a los entes o asociaciones representativos de intereses colectivos relacionados con la materia”, entre otros motivos, por no haberse recabado el informe del citado Consejo”. Al respecto, señala que ese Consejo Asesor “no es un ente o asociación representativo de intereses colectivos, sino un órgano de la Administración del Principado de Asturias, en concreto un órgano de

asesoramiento del titular de la Consejería (de Sanidad) en materias relacionadas con la salud pública y la sanidad, con la intención de fomentar una adecuada gobernanza del sistema sanitario público”, cuya participación en el procedimiento tendría lugar, en su caso, mediante el trámite de emisión de informes y no de audiencia. A ello añade que la normativa reguladora de este órgano precisa que sus informes no tendrán carácter vinculante, y que ningún pronunciamiento les atribuye carácter preceptivo (condición que, según recuerda, no cabe presumir de conformidad con el artículo 80.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre), y que por su “finalidad y composición” el Consejo Asesor de Sanidad resulta “idóneo para conocer e informar proyectos e iniciativas en materias relacionadas con la salud pública y la sanidad de carácter estratégico, pero no tanto para informar un proyecto de decreto con un contenido tan técnico como el presente”. En el informe se efectúa también una valoración sobre el impacto del Decreto en materia de género, así como en relación con la infancia, adolescencia y familia y con la unidad de mercado, con idénticas consideraciones a las expuestas en el cuestionario anteriormente citado. De forma específica, se acoge la sugerencia formulada por la Consejería de Servicios y Derechos Sociales en cuanto a la regulación, en el texto del Decreto, de un procedimiento de localización del paciente por razones de seguridad jurídica, si bien, dado que se considera “más adecuada una disposición de menor rango”, se añade una disposición adicional segunda al efecto. Se une al expediente, asimismo, un nuevo borrador del proyecto en el que se incorporan algunas de las mejoras sugeridas en el curso de su tramitación.

El texto es analizado e informado favorablemente por la Comisión de Secretarios Generales Técnicos el día 12 de marzo de 2018, según certifica ese mismo día la Secretaria de la citada Comisión, señalando que “debe ser remitido al Consejo Consultivo con objeto de recabar el preceptivo dictamen”.

3. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de marzo de 2018, registrado de entrada el día 4 del mes siguiente, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al proyecto de Decreto sobre el Registro de Demanda Asistencial, Información sobre Listas de Espera y Garantía de un Tiempo Máximo de Acceso a las Prestaciones Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias, cuyo expediente original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- Objeto del dictamen y competencia

El expediente remitido se refiere a un proyecto de Decreto sobre el Registro de Demanda Asistencial, información sobre listas de espera y garantía de un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según lo dispuesto en el artículo 13.1, letra e), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra e), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Tramitación del procedimiento y contenido del expediente

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), cuya disposición transitoria tercera, sobre régimen

transitorio de los procedimientos, determina que “A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”. Teniendo en cuenta que el procedimiento de elaboración del proyecto que examinamos se inició formalmente por Resolución del titular de la Consejería de Sanidad de 11 de mayo de 2016, ha de regirse de manera exclusiva por lo dispuesto en el capítulo V de la Ley 2/1995, de 13 de marzo, sobre Régimen Jurídico de la Administración del Principado de Asturias (en adelante Ley de Régimen Jurídico del Principado de Asturias).

Obran en el expediente las correspondientes memorias justificativa y económica, así como la pertinente tabla de vigencias y el cuestionario para la valoración de propuestas normativas que incluye la Guía para la elaboración y control de disposiciones de carácter general, aprobada por Acuerdo del Consejo de Gobierno del Principado de Asturias de 2 de julio de 1992, junto con los sucesivos borradores de la norma. No obstante, se advierte que la tabla de vigencias se incorpora tardíamente, tras el traslado del proyecto a las distintas Consejerías, contrariando lo pautado en la Ley de Régimen Jurídico del Principado de Asturias, que sitúa este informe en la fase de “iniciación” (artículo 32), que precede a la de “tramitación” (artículo 33).

Asimismo, se ha incorporado a aquel una evaluación de impacto de la normativa en infancia y adolescencia, en atención a lo establecido en el artículo 22 *quinquies* de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, y una evaluación de impacto de la norma proyectada en garantía de la unidad de mercado, previsto en el artículo 14 de la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de Garantía de la Unidad de Mercado. En cuanto al informe sobre el impacto de género, que debe emitirse en cumplimiento de lo previsto en la Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la Igualdad de Mujeres y Hombres y la Erradicación de la Violencia de Género, consideramos que la inclusión de la correspondiente evaluación tanto en el informe de la Secretaria

General Técnica, como en el cuestionario de valoración de propuestas normativas, permite entender cumplido el trámite, pues, tal y como establece el Protocolo para la elaboración y mejora de la calidad de las disposiciones de carácter general en el Principado de Asturias, aprobado por el Consejo de Gobierno con fecha 28 de diciembre de 2017 (*Boletín Oficial del Principado de Asturias* de 5 de enero de 2018), con base en la jurisprudencia del Tribunal Supremo que se cita, debe admitirse como tal “aun cuando dicho informe no esté normalizado”, al atenerse a la prescripción legal la referencia “en la memoria correspondiente” a “que el impacto es nulo o neutro”.

En el curso del procedimiento se ha sometido el proyecto de Decreto al trámite de audiencia de entidades y asociaciones afectadas, entre otras, de varios colegios profesionales (de médicos, diplomados de enfermería y farmacéuticos), asociaciones de consumidores y usuarios, Plataforma por la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias y Federación Asturiana de Concejos. Asimismo, se ha sometido a información pública, de conformidad con lo establecido en el artículo 33.2 de la Ley de Régimen Jurídico del Principado de Asturias; al efecto, ha sido objeto de publicación tanto en el *Boletín Oficial del Principado de Asturias* como en la Sede Electrónica del Principado de Asturias. Consta la emisión de informe por parte de la Dirección General proponente en relación con las sugerencias y alegaciones recibidas.

Únicamente advertimos que en este último la Directora General de Planificación Sanitaria indica que se está elaborando una “futura Ley de Salud del Principado de Asturias” en la que se prevé un “título específico dedicado a los derechos y deberes de los usuarios en su relación con el ámbito sanitario asturiano” (menciona, en concreto, el de libre elección de profesional y centro) -también contemplada en el Plan Normativo de la Administración del Principado de Asturias para 2017, aprobado por el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias el día 8 de marzo de ese año y publicado en el Portal de Transparencia de esa Administración-. Dado su contenido, llama la atención que nada se contemple al respecto ni en los dos informes justificativos incorporados al

expediente, ni en el suscrito con fecha 7 de marzo de 2018 por la Secretaria General Técnica de la Consejería instructora, en cuanto que examina el cumplimiento del principio de seguridad jurídica.

Por otra parte, se ha recabado el pertinente informe en materia presupuestaria, necesario en todos los proyectos de decreto a tenor de lo establecido en el artículo 38.2 del Decreto Legislativo del Principado de Asturias 2/1998, de 25 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido del Régimen Económico y Presupuestario.

Igualmente, consta que la norma proyectada ha sido sometida a consideración del Consejo de Salud del Principado de Asturias, órgano de participación comunitaria en la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, entre cuyas funciones se encuentra la de “asesorar y formular propuestas al Consejo de Administración del Servicio de Salud del Principado de Asturias en todos los asuntos relacionados con la atención sanitaria y la protección de la salud”.

Asimismo, el proyecto se ha enviado a las restantes Consejerías que integran la Administración del Principado de Asturias en trámite de observaciones. Finalmente, se ha emitido informe favorable por la Secretaria General Técnica de la Consejería instructora en relación con la tramitación efectuada y sobre su justificación y legalidad, y por la Comisión de Secretarios Generales Técnicos.

En consecuencia, la tramitación del proyecto resulta acorde con lo establecido en los artículos 32 a 34 de la Ley de Régimen Jurídico del Principado de Asturias.

No obstante, observamos que entre la documentación incorporada al expediente figuran documentos anteriores a la fecha de incoación del procedimiento -el informe justificativo y un primer borrador-, que tiene lugar con la Resolución del Consejero de Sanidad de 11 de mayo de 2016. En consecuencia, reiteramos la necesidad de respetar lo establecido en el artículo 32 de la Ley de Régimen Jurídico del Principado de Asturias, y en especial la

competencia del titular de la Consejería para disponer el inicio del procedimiento, al que debe seguir la fase de tramitación.

TERCERA.- Base jurídica y rango de la norma

El Principado de Asturias tiene competencia de desarrollo legislativo y ejecución en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, entre otras, en materia de "Sanidad e higiene" y "Coordinación hospitalaria en general" -artículo 11, apartados 2 y 3, del Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias-.

El marco normativo estatal de referencia viene establecido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. La primera de ellas establece en su artículo 3.2 que el "acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva", así como el derecho a "la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso" -artículo 10.2-. Al respecto, su artículo 40, apartados 13, 15 y 16, atribuye a la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, el establecimiento de sistemas de información sanitaria de interés general supracomunitario, la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria y el establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas. En desarrollo de estas previsiones, 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, fijó los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en la materia, introduciendo la obligación para las Comunidades Autónomas de disponer de un sistema de información sobre las listas de espera en consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas, a cuyo fin se dispone que "Los pacientes pendientes de primera consulta externa, primera prueba

diagnóstica/terapéutica o intervención quirúrgica deberán estar incluidos en el registro establecido para ello” -artículo 2.2-.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, por su parte, establece entre los derechos de los ciudadanos el de “recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo” -artículo 4.b)-, añadiendo su artículo 25.1 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 los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco”. Formaliza su desarrollo el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los Criterios Marco para garantizar un Tiempo Máximo de Acceso a las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que constituye, conforme a su disposición final primera y tal y como reza su exposición de motivos, “legislación básica y común en materia de garantías de tiempos máximos de acceso para todo el Sistema Nacional de Salud”, de tal manera que las Comunidades Autónomas deben asumir los tiempos máximos de acceso para ciertas intervenciones quirúrgicas fijados en el anexo del Real Decreto (180 días naturales), así como determinar los tiempos y los mecanismos necesarios para que la garantía de demora máxima en las prestaciones sea efectiva. La disposición transitoria de esta norma señala que “Las comunidades autónomas dispondrán de un plazo de seis meses para adaptar sus normativas a lo previsto en este real decreto”.

Como mencionamos en nuestro Dictamen Núm. 268/2013, “dentro de este marco normativo estatal, se reconoce pacíficamente la competencia autonómica -de desarrollo y ejecución- para la concreción de los tiempos de acceso a las prestaciones de su cartera de servicios -en cumplimiento del mandato recogido en el artículo 25 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (y siempre sin rebasar aquel máximo común, ya vigente, en las intervenciones contempladas en el mencionado anexo)-, así como para el establecimiento de los registros o mecanismos necesarios para el control y

gestión de la asistencia programada que se somete a la garantía de plazo”; tarea que acomete la norma cuya aprobación se pretende ahora.

En consecuencia, debemos considerar con carácter general que el Principado de Asturias tiene competencia para dictar la norma proyectada y que su rango -decreto- es el adecuado, a tenor de lo establecido en el artículo 25.h) de la Ley 6/1984, de 5 de julio, del Presidente y del Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, y en el artículo 21.1 de la Ley de Régimen Jurídico del Principado de Asturias.

CUARTA.- Observaciones de carácter general al proyecto de Decreto

I. Ámbito material de la norma.

De una primera comparación entre el título competencial y el contenido concreto del Decreto, debemos concluir que no se aprecia objeción en cuanto a la competencia autonómica, que encuentra su apoyo en las asumidas en nuestro Estatuto de Autonomía.

II. Técnica normativa.

Antes de abordar el análisis específico del articulado, debemos realizar, con carácter general, dos consideraciones de naturaleza técnico-normativa.

La primera exige recordar que la disposición que se examina tiene como antecedente el “proyecto de Decreto sobre el Registro del Principado de Asturias de demanda asistencial y sobre garantías en la información a los pacientes”, que, sometido en septiembre de 2013 a consulta de este Consejo, dio lugar a nuestro Dictamen Núm. 268/2013, de 5 de diciembre, sin que el procedimiento haya finalizado con la aprobación de la norma proyectada. En el intervalo transcurrido desde entonces se aprobaron en la Junta General del Principado de Asturias, en el ejercicio de su función de orientación e impulso de la acción de Gobierno, diversas Resoluciones y Mociones sobre la necesidad de regular el seguimiento y control de la demanda asistencial y de las

subsiguientes listas de espera; asimismo, se constituyó en su seno una Comisión de Investigación sobre listas de espera en la sanidad asturiana que desarrolló su actividad a lo largo de los años 2016 y 2017.

Tanto la norma remitida en el año 2013 como la actual aspiran a desarrollar el marco normativo estatal referido en la consideración tercera. Apreciábamos entonces que el “texto articulado se contrae materialmente a aquel primer extremo -netamente ejecutivo u organizativo-” (en referencia al “establecimiento de los registros o mecanismos necesarios para el control y gestión de la asistencia programada que se somete a la garantía de plazo”), y “posterga o degrada la sustancia que vivifica y constituye la razón de ser del instrumento de nueva creación”, que no es otra que la regulación de la garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud como un derecho de la ciudadanía en el conjunto del sistema.

La llamada de atención que entonces realizamos sobre la necesaria ordenación “en adecuado rango” de “lo esencial y lo accesorio” debe ahora reiterarse, pues la norma que se somete a nuestra consideración adolece de una inadecuada estructura interna, incurriendo en el error de priorizar, en su mismo título, primero, y en el establecimiento de su objeto -artículo 1-, después, y en fin en su ordenación sistemática, el contenido meramente instrumental y organizativo (relativo a la creación del Registro de Demanda Asistencial) respecto al establecimiento de la garantía a la que sirve este, relegando el núcleo esencial del desarrollo normativo que se acomete. Así, el capítulo II regula el “Registro de Demanda Asistencial”, y se posterga al capítulo IV la reglamentación del derecho que asiste a los beneficiarios a recibir asistencia sanitaria en un tiempo máximo. Elocuente reflejo de esta equivocada configuración normativa es -como hemos señalado- el propio título de la norma, que en consonancia con lo expuesto y con las modificaciones que a continuación se propondrán deberá sustituirse por el de “Decreto sobre garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias, información sobre las listas de espera y Registro de Demanda Asistencial del Servicio de Salud del

Principado de Asturias". Asimismo, habrá de modificarse el preámbulo, en cuanto que apela como fundamento competencial de la norma a la "potestad de autoorganización" autonómica; referencia que debe suprimirse en la medida en que es tributaria de una concepción de la norma centrada exclusivamente en la creación del Registro, y adecuarse la redacción del artículo 1 en los términos que expondremos en la consideración quinta. El capítulo II deberá ser el dedicado al "Acceso a la asistencia sanitaria", y el capítulo IV se ocupará del "Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias"; cambios todos ellos consecuencia de la necesaria subsanación de la desacertada estructuración de la norma. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

En segundo lugar, debe tenerse en cuenta que la Guía para la elaboración y control de disposiciones de carácter general prescribe la agrupación de los preceptos con carácter homogéneo en capítulos, "pudiendo estos dividirse en secciones cuando proceda". Sin embargo, la lectura del texto sometido a nuestra consideración revela que determinados contenidos, pese a versar sobre la misma materia, se encuentran dispersos en diferentes capítulos. Así se advierte en relación con la regulación del Registro de Demanda Asistencial, que se aborda en los actuales capítulos II y V. Y este último, dedicado a su "Organización administrativa", incluye también aspectos relacionados con la información. Por ejemplo, el artículo 21, que se ocupa del "Seguimiento de la situación de la demanda asistencial en las áreas sanitarias", establece las obligaciones de información de determinados órganos de la Administración sanitaria (y sus receptores), pero se ubica fuera del capítulo III ("Información y participación en relación con la demanda asistencial"), lo que también ocurre con el artículo 16.4 (en el que se regula, dentro del "Ejercicio

de la garantía de tiempo máximo de acceso”, la publicidad mensual de “los tiempos de demora máxima” y media para determinados procesos). Por tanto, y con la finalidad de lograr una mejor sistematización de la norma, se propone que se revise la misma en el sentido que puntualmente se irá exponiendo en la consideración quinta a propósito de cada precepto, y ello con independencia de que se atienda la observación efectuada a la sistemática del proyecto. Las modificaciones sugeridas permitirán además, en determinados casos, cumplir también la recomendación que en materia de extensión establece la mencionada Guía (en cuanto sugiere que los apartados no sean muy largos y que estos no excedan de cuatro, siendo preferible, en su caso, “crear un nuevo artículo”).

QUINTA.- Observaciones de carácter singular al proyecto de Decreto

I. Parte expositiva.

De conformidad con lo expuesto en la consideración cuarta en cuanto a la adecuación de la ordenación del contenido de la norma al objeto de su regulación, deberá modificarse la cita de la normativa estatal (que actualmente parece seguir un criterio cronológico), precediendo la de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, que la desarrolla, a la mención 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.

Igualmente deberá modificarse la referencia a la base competencial de la norma, en los términos reseñados en la consideración anterior.

II. Parte dispositiva.

Respecto al artículo 1, y en consonancia con lo expuesto en la consideración cuarta, deben reordenarse los epígrafes del precepto para

adecuarse al objeto de la norma, refiriéndose en primer lugar al que se ocupa actualmente de "El establecimiento de la garantía de los tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias en el Servicio de Salud del Principado de Asturias", y después a "La creación y regulación del Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias".

No obstante, en relación con "El establecimiento de la garantía de los tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, en adelante Servicio de Salud", debe tenerse en cuenta que el artículo 15, al establecer las "Definiciones en materia de garantía de tiempo máximo de acceso", de acuerdo con "lo dispuesto en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio", distingue entre el "tiempo máximo de acceso" -conceptuado como el "plazo de tiempo, expresado en días naturales, que no podrá excederse para intervenir quirúrgicamente, atender en consultas externas o realizar una prueba diagnóstica o terapéutica a una persona usuaria del Sistema Nacional de Salud"- y la "Garantía de tiempo máximo de acceso" -que se identifica con el "Compromiso que supone atender a la persona usuaria con las adecuadas condiciones de calidad, con las prestaciones y dentro del tiempo máximo de acceso establecido en el anexo segundo del presente decreto". Por tanto, la garantía se limita a determinadas prestaciones de las tres categorías respecto de las que se establecen tiempos máximos de acceso, como especifica a continuación el artículo 16.1 al señalar que "se refiere, únicamente", a "pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos" y a "intervención quirúrgica programada", pero no al acceso a primera consulta en el ámbito hospitalario.

El artículo 5 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, que regula el "Ejercicio de la garantía", dispone en su apartado 1 que "La garantía de tiempo máximo de acceso prevista en este real decreto va referida únicamente a la atención sanitaria por la que se hubiera incluido al usuario en el registro de lista de espera", añadiendo en su apartado 2 que, "A efectos de garantizar los tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias a los que se refiere

este real decreto, los servicios de salud de las comunidades autónomas establecerán los mecanismos necesarios para proporcionar la adecuada atención sanitaria a los usuarios”, y en su apartado 3 que, “Con este fin, los servicios de salud ofertarán al usuario las alternativas que consideren más apropiadas para la efectiva realización de la atención garantizada”. Aunque de estas previsiones cabría entender que la garantía de tiempo máximo opera respecto de todas las prestaciones incluidas en el correspondiente Registro autonómico, en el caso del proyecto de Decreto sometido a nuestra consideración -como acabamos de ver- la garantía excluye la de la primera consulta externa.

De conformidad con lo expuesto, el enunciado del objeto, y en concreto el contenido del actual epígrafe d) del artículo 1, debe modificarse para reflejar adecuadamente la opción adoptada, en la que se establece, por una parte, un “tiempo máximo de acceso” para todas las prestaciones incluidas en el Registro a las que se refiere el artículo 15.a) de la norma proyectada (acceso en consultas externas, realización de prueba diagnóstica o terapéutica y realización de intervención quirúrgica programada) y, por otra, una “garantía de tiempo máximo de acceso” para las dos últimas. Al respecto, se considera oportuna la diferenciación en dos epígrafes -que serán las letras a) y b) del precepto- de ambos objetos (establecimiento de un tiempo máximo de acceso y de una garantía de tiempo máximo de acceso, con especificación de las prestaciones afectadas en uno y otro caso), en coherencia con la distinción que en su definición acoge el artículo 15.

En cuanto al objeto, resulta más adecuado regular en un nuevo precepto (ubicado a continuación del artículo 1) las exclusiones actualmente previstas en el artículo 3.5, puesto que las prestaciones que en este último se identifican como no incluidas en el Registro están también excluidas del resto de aspectos regulados en la norma (información, participación y gestión de la demanda asistencial). A ellas deben añadirse las “intervenciones que puedan requerir una

espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción asistida”, que el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, excluye de su ámbito de aplicación -artículo 2.2.b)-. Sobre este extremo, observamos que pese a que el actual artículo 3.5 toma su contenido de este último precepto -artículo 2.2 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio- ni se cita ni se respeta -como se acaba de indicar- su literalidad. Debemos recordar que es doctrina reiterada de este Consejo que cuando -para favorecer la sistemática o facilitar la comprensión o aplicación de la norma- se acuda a la reproducción de disposiciones estatales básicas junto a los contenidos propios de la competencia autonómica “debe hacerse de tal modo que no exista confusión posible en cuanto al origen de cada uno de esos contenidos normativos, por lo que deberá citarse expresamente la disposición básica y respetarse su literalidad” (Dictamen Núm. 67/2014). Por tanto, habrá de citarse el artículo 2.2 del Real Decreto 1039/2011 y reproducirse de acuerdo con lo señalado. Asimismo, debe aclararse -con la adición, en su caso, de un segundo apartado en este nuevo precepto- si las prestaciones identificadas como objeto del Decreto comprenden también aquellas de esa naturaleza (ya sean primer acceso a consultas externas, pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos o intervenciones quirúrgicas) que tengan lugar durante un episodio de hospitalización, de forma análoga a lo establecido en el artículo 5.3.b) de la norma proyectada, en el que sí se especifica que no se incluyen en la sección de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada aquellos “intervenidos de forma programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica”.

El artículo 2 establece el ámbito de aplicación del Decreto, tanto territorial como subjetivo. Se considera oportuno diferenciar este contenido en dos preceptos, añadiéndose en el dedicado al ámbito territorial que será de aplicación a los centros sanitarios públicos del Servicio de Salud “del Principado de Asturias”.

En cuanto a los beneficiarios de las garantías establecidas en el Decreto, el artículo 2.2 de la norma proyectada considera como tales a “las personas con tarjeta sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como aquellas que posean la documentación acreditativa del derecho a la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias”. Por su parte, el artículo 2.1 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, dispone que serán “beneficiarios de la garantía establecida en este real decreto, los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria contemplados en el artículo 3.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para aquellas prestaciones incluidas en la cartera de servicios regulada mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y su normativa de desarrollo, señaladas en el anexo”.

De acuerdo con la más reciente jurisprudencia constitucional (Sentencias del Tribunal Constitucional 134/2017 -ECLI:ES:TC:2017:134-, de 16 de noviembre, y 145/2017 -ECLI:ES:TC:2017:145-, de 14 de diciembre), “la normativa básica estatal cierra toda posibilidad a las normas autonómicas de desarrollo para configurar un sistema de acceso a las prestaciones sanitarias que no atienda a los conceptos de asegurado o de beneficiario que han establecido las bases recogidas en el tantas veces citado artículo 3 de la Ley 16/2003, a excepción del supuesto residual de la suscripción del convenio especial previsto en el apartado quinto del citado precepto”, así como que “la determinación de la condición del asegurado y beneficiario del Sistema establecida en el artículo 3” de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, “cumple la doble exigencia de ser formal y materialmente básica”, concluyendo que, “establecido el carácter básico (...) de la normativa estatal”, resulta inconstitucional “por vulneración del artículo 149.1.16 CE” una “ampliación de la cobertura sanitaria en el ámbito subjetivo de las prestaciones no contemplado por la normativa estatal”. En consecuencia, resulta más preciso y respetuoso

con la distribución competencial en la materia que el artículo 2.2 de la norma proyectada remita, en cuanto a su ámbito subjetivo de aplicación, al artículo 3.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.1 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio.

El artículo 4, dentro del Capítulo que regula el Registro de Demanda Asistencial, se dedica al establecimiento de diversas definiciones “a los efectos del funcionamiento del Registro”. A su vez, en el Capítulo IV, “Acceso a la asistencia sanitaria”, se incluye también otra serie de “Definiciones en materia de garantía de tiempo máximo de acceso” (artículo 15). La lectura coordinada de ambos preceptos permite advertir que existe relación entre ellos, pues conceptos definidos en el primero se utilizan en el segundo. Además, las definiciones del artículo 4 no resultan aplicables únicamente “a los efectos del funcionamiento del Registro”, por lo que encuentran mejor acomodo en un nuevo precepto del capítulo I (dedicado a las “Disposiciones Generales”), que las integre junto con las mencionadas en el artículo 15 “a efectos de la aplicación de la garantía de acceso”.

Además, reparamos en que el citado artículo 4 se divide en letras minúsculas ordenadas alfabéticamente, que la Guía autonómica prevé para la división de “simples listas o enumeraciones (que no contengan ninguna referencia explicativa)”. Dado que la naturaleza del contenido del precepto no es esa, debe considerarse que constituyen apartados y, por tanto, cada uno de los términos deberá ir precedido por un número cardinal arábigo, lo que resulta igualmente aplicable en relación con las definiciones establecidas en el actual artículo 15.

Respecto a estas últimas, fijadas de acuerdo con el artículo 3 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, debe seguirse el criterio expuesto en cuanto a la necesidad de reproducir fielmente la norma básica estatal. Con arreglo al mismo, el inciso final de la definición de “tiempo máximo de acceso” (“Dicho plazo se computará desde la fecha de inclusión en el Registro”) debe sustituirse

por el que figura en el artículo 3.1 del referido Real Decreto 1039/2011, que indica que "Dicho plazo se computará desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, que corresponderá con la fecha de entrada en el registro de espera" (aun siendo su significado equivalente).

De acuerdo con lo señalado en la consideración cuarta, el capítulo II, dedicado actualmente al Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias, acogería el contenido del capítulo IV del proyecto, que regula el "Acceso a la asistencia sanitaria". En él, la sección 1.^a se ocupa de la "Gestión de la Demanda Asistencial", y en ella los artículos 12, 13 y 14 tratan, respectivamente, sobre el "Acceso a primera consulta en el ámbito hospitalario", el "Acceso a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos" y el "Acceso a intervención quirúrgica programada". Su lectura permite apreciar una reiteración de contenido que puede evitarse procediendo a su integración en un único precepto, dividido en cuatro apartados, en el que se mantendría el actual artículo 12.2 con la misma redacción. Ello permite una simplificación en la estructura de la norma, tal y como se ejemplifica a continuación (se conserva la numeración actual de los preceptos para evitar confusiones, si bien deberá modificarse en la redacción final que resulte de lo expuesto en el conjunto del dictamen): "Artículo 12. Acceso a primera consulta en el ámbito hospitalario, a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos y a intervención quirúrgica programada/ 1. El Servicio de Salud adoptará las medidas organizativas necesarias para asegurar el acceso de los pacientes a la primera consulta externa, primeras pruebas diagnósticas o primeros procedimientos terapéuticos y al tratamiento quirúrgico programado, especialmente para las prestaciones y dentro de los plazos de referencia o condiciones de tiempo máximo de acceso establecidas en los anexos de este Decreto. En el caso del acceso a pruebas diagnósticas se maximizará la capacidad de respuesta y la eficiente utilización de los recursos y tecnologías./ 2. (...). 3. El Servicio de Salud y la Consejería competente en materia de sanidad habilitarán los mecanismos necesarios para

derivar pacientes a los centros propios o concertados que se determinen, con el objeto de mejorar los tiempos de acceso./ 4. El servicio de atención al ciudadano de cada hospital configurará, de acuerdo con lo establecido en este artículo, las agendas de citas de consulta y la agenda de trabajo en el caso de las pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos. Para las primeras, la planificación tendrá lugar con una antelación de, al menos, seis meses”.

El actual artículo 17 regula la “Pérdida y suspensión de la garantía”. Dado que varias de las causas de pérdida que en él se recogen se encuentran también establecidas en el artículo 5 como motivos de salida del Registro (en concreto, la renuncia voluntaria del paciente, la ausencia injustificada y la revisión de la indicación médica), resulta pertinente que se establezca un plazo para justificar la falta de presentación a la citación correspondiente -supuesto recogido en el artículo 17.d)- de forma análoga a lo previsto en el epígrafe c) del mismo precepto en relación con la falta de opción “por alguna de las alternativas ofertadas por el servicio de salud” o en caso de rechazo de la alternativa ofertada. En ambos supuestos es conveniente, además, que el plazo se indique en la propia norma.

El actual capítulo III versa sobre la “Información y participación en relación con la demanda asistencial”, y dedica la sección 1.^a a la información. En ella se aborda tanto la facilitada de forma individualizada a cada paciente, como la proporcionada con carácter generalizado, y, de nuevo, la necesidad de respetar la unidad temática de cada precepto aconseja reorganizar el contenido de los artículos dedicados a esta cuestión (los actuales 8, 9 y 10).

El primero de ellos regula el “Derecho a la información” de los pacientes, reconociendo en su apartado 1 el “derecho a conocer su situación de inscripción y la estimación de tiempo de respuesta asistencial”. Es más coherente establecer a continuación la forma de acceso a tal información (“a través de los servicios de atención al ciudadano”), recogida actualmente en el artículo 9.2.

También resulta más correcto que el precepto que siga al artículo 8 sea el que contemple los dos instrumentos diferenciados que se ponen a disposición de los ciudadanos en los artículos 8.3 y 10 del proyecto sometido a nuestra consideración: el “documento justificativo” de la inscripción, que se entregará, en todo caso, a los pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada -artículo 8.3-, y la “certificación de estado en el Registro” que podrán obtener todos los pacientes “a los efectos de ejercer el derecho a la garantía de acceso” -artículo 10-. El precepto resultante podría denominarse “Documentación acreditativa de la inscripción en el Registro”, y estaría conformado, en consecuencia, por tres apartados. Cerraría la regulación de esta sección 1.^a el artículo dedicado al “Acceso a la información relativa a la demanda asistencial” -actual artículo 9-, que invoca el principio de transparencia como rector del cumplimiento de sus obligaciones en la materia por parte de la Administración (precepto del que, según lo expuesto, se extraería la regulación que actualmente contiene el artículo 9.2, por tener mejor acomodo en el destinado al “Derecho a la información”). En este precepto debe incluirse también el contenido correspondiente al actual artículo 16.4, relativo a la publicación mensual de “los tiempos de demora máxima y de demora media en cada hospital para cada uno de los procesos que tengan garantía de tiempo máximo de acceso” a los que se refiere el apartado, que menciona únicamente “a los pacientes incluidos en la sección de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada”.

Asimismo, y dado que se alude a la información facilitada por las respectivas áreas sanitarias a los Consejos de Salud del área, órganos de participación comunitaria de cada una de estas, resulta más lógico que la previsión de información del artículo 21.2 se ubique en un nuevo apartado (el 4) de este precepto, dedicado al “Acceso a la información relativa a la demanda asistencial”.

De conformidad con lo señalado en la consideración cuarta, el último de los capítulos (que pasaría a ser el IV) sería el dedicado al “Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias”. Dentro del mismo, y puesto que la “Organización administrativa” contemplada en el capítulo V contiene regulación que afecta al Registro, resulta oportuna, por razones sistemáticas, su ubicación dentro del capítulo correspondiente y la subdivisión del capítulo en varias secciones, según se indica a continuación.

La primera de ellas comprendería, bajo la rúbrica “Estructura, definiciones y datos del Registro”, el actual artículo 3 y un precepto de nueva creación.

El artículo 3 establece, en su apartado 3, las secciones del Registro. Dado que las definiciones que establece se complementan con lo dispuesto en el artículo 5 (referente a los criterios de inclusión y salida), se considera conveniente incluir en cada uno de los epígrafes de este apartado las precisiones que añade este segundo precepto, cuya redacción resultaría, en consecuencia, simplificada. Por tanto, el texto del apartado 3 del artículo 3 quedaría del siguiente tenor: “El Registro se organiza en las siguientes secciones: / a) Sección de pacientes en espera de consultas externas hospitalarias, que recogerá el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera de realización de una primera consulta externa hospitalaria o de centros o dispositivos de especialidades distintos de atención primaria, remitidos por un médico autorizado. / b) Sección de pacientes en espera de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos, que recogerá el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera de realización de una primera prueba diagnóstica o un primer procedimiento terapéutico, indicados por un médico autorizado, en cualquiera de los hospitales o centros de especialidades incluidos en el ámbito de aplicación de este decreto. / c) Sección de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada, que recogerá el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera de realización de una intervención quirúrgica

programada no urgente, indicada por un médico especialista quirúrgico, para la cual el hospital tiene previsto utilizar un quirófano, con independencia de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia previsto./ No se incluyen en la sección los procedimientos quirúrgicos realizados de forma habitual en una consulta o sala de curas de un hospital, por no precisar de quirófano". La exclusión establecida en el artículo 5.3.b) -"Pacientes intervenidos de forma programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica"- se recogería en el apartado 2 del nuevo precepto sugerido para la regulación de las "Exclusiones".

Por otra parte, el contenido del apartado 5 del artículo 5 -"Toda salida de cualquiera de las secciones del Registro debe estar documentada figurando el motivo específico de aquella"- es propio de un precepto que enumere los datos registrales que deben consignarse en todo caso, que se considera necesario crear para una mayor claridad y que resultaría de la recopilación de contenido disperso en la norma proyectada. Además del ya citado artículo 5.5, se incluirían en él los mencionados en el actual artículo 10.1, referido a los datos que han de constar en el certificado expedido a solicitud de cualquier persona incluida en el Registro: la fecha de inclusión; el diagnóstico; la consulta externa solicitada, técnica diagnóstica o terapéutica prescrita o procedimiento quirúrgico indicado; el servicio médico responsable, y el facultativo que hace la indicación, "así como el hospital en que, en principio, se realizará la asistencia sanitaria objeto de la garantía". A ellos deberá añadirse, obviamente, la identidad del paciente; la causa de suspensión o pérdida de garantía, en caso de producirse, y su fecha, y la constancia del correspondiente consentimiento informado, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5, apartados 2 y 3.

La sección 2.^a del capítulo estaría dedicada a los "Criterios de inclusión y de salida, y clasificación de pacientes", comprendiendo el contenido de los actuales artículos 5, 6 y 7.

El artículo 5 establece los "Criterios de inclusión y de salida en el Registro", y sus cuatro primeros epígrafes se ocupan, respectivamente, de la sección de pacientes en espera de consultas externas hospitalarias, de la sección de pacientes en espera de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos y de la sección de pacientes pendientes de intervención quirúrgica. En cada uno de estos apartados, además de precisar los pacientes que "Se incluyen" en cada sección (contenido que -según hemos señalado- se desplaza al artículo 3.3), se reiteran los mismos motivos de salida para cada sección, con ligeras modificaciones atendiendo a la naturaleza de la actuación de que se trate: "realización de la consulta", "realización de la técnica" o "realización de la intervención quirúrgica"; "renuncia voluntaria del paciente"; "ausencia injustificada", "ausencia injustificada del paciente a la preparación quirúrgica" o "inasistencia injustificada del paciente a la intervención quirúrgica"; "revisión de la indicación médica" o "quirúrgica"; "falta de localización del paciente" o su "fallecimiento". Para evitar tal repetición, se considera más conveniente reformular del precepto simplificando su redacción. Ello permitiría evitar también otras reiteraciones, como la relativa a la consideración "como fecha de inclusión en el Registro" de "la fecha de la indicación" de la consulta, "de la técnica diagnóstica o terapéutica" o "de la intervención quirúrgica por parte del médico especialista quirúrgico", que "deberá quedar oportunamente documentada", o la relativa a la necesidad de disponer "del correspondiente consentimiento informado", sin cuya constancia, según la redacción actual, no cabría la inclusión en el Registro (contenido este último ubicado en el nuevo precepto propuesto para los "Datos del Registro"). Se sugiere, por tanto, la siguiente redacción para el actual artículo 5: "Criterios de inclusión y de salida en el Registro/ 1. Se considerará como fecha de inclusión en el Registro, según la sección de que se trate, la de la indicación de la consulta externa hospitalaria, la de la técnica diagnóstica o terapéutica o la de la intervención quirúrgica./ 2. Constituyen motivos de salida de las secciones del Registro los siguientes: a) Realización de la consulta, técnica o intervención quirúrgica./ b)

Renuncia voluntaria del paciente./ c) Ausencia injustificada. En el caso de la intervención quirúrgica, comprenderá tanto la que afecte a esta misma, como a su preparación./ d) Revisión de la indicación médica: cuando por motivos clínicos se considere que la prestación ya no es necesaria./ e) Falta de localización del paciente./ f) Fallecimiento del paciente”.

El apartado 5 del actual artículo 5, que establece que “Toda salida de cualquiera de las secciones del Registro debe estar documentada figurando el motivo específico de aquella”, formaría parte del nuevo precepto dedicado a los “Datos del Registro”, según se ha expuesto.

Guarda directa relación con el objeto de este precepto el “Procedimiento de localización del paciente”, regulado en la actual disposición adicional segunda y de aplicación en caso de que se produzca la imposibilidad de esa localización, que -como acaba de mencionarse- constituye motivo de salida del Registro. Al efecto, se establecen tanto los supuestos en que procede esa aplicación, como unas “reglas” que -según se afirma- “se seguirán” en tanto “no se regule por resolución del titular de la Consejería competente en materia de Sanidad el citado procedimiento de localización”. En relación con esta previsión, el apartado 2 de la disposición final primera establece que “Las modificaciones que, a partir de la entrada en vigor de este decreto, puedan realizarse respecto a lo dispuesto en el segundo apartado de la disposición adicional segunda podrán efectuarse mediante resolución del titular de la Consejería competente en materia de sanidad”.

En primer lugar, debe observarse que, a la vista del contenido y grado de detalle en que incurre la disposición adicional segunda que nos ocupa, su contenido es propio de la parte dispositiva, en la que conformaría un nuevo precepto ubicado a continuación del actual artículo 5. Por otra parte, no alcanza a comprenderse qué otros aspectos pretenden diferirse a una regulación futura, y menos aún que antes de su promulgación resulte necesario modificar algún

aspecto de los señalados en la actual disposición adicional segunda, según lo establecido en la disposición final primera.

En segundo lugar, se indica que el procedimiento se aplicará “para la citación de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada, en todo caso, y para la citación de los pacientes en espera de consultas externas hospitalarias y de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos, cuando se estime conveniente por los responsables de la gestión de estas citaciones aplicar dicho procedimiento”. Dada la carga de discrecionalidad que implica este último inciso, sin aparente justificación, es necesario que, por razones de seguridad jurídica, se especifique qué criterios determinarán la utilización del procedimiento en tales casos.

Los artículos 6 y 7 se ocupan, respectivamente, de la “Clasificación de los pacientes en función del tipo de espera” y de la “Clasificación de los pacientes en función de la prioridad”. El primero de ellos se estructura en dos apartados que reproducen, sin citarlos, los epígrafes 7 y 1, respectivamente, de los anexos I y II del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo; omisión que debe corregirse citando expresamente la normativa básica estatal. Además, la unificación de los dos contenidos en un único precepto (el actual artículo 6) determina que este resulte demasiado extenso, incurriendo también, dado el número de subdivisiones en que se organiza, en la dificultad de comprensión de la que advierten las Directrices de técnica normativa aprobadas por Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005 (cuya aplicación supletoria venimos sosteniendo cuando la Guía autonómica no establece una pauta al respecto), que consideran “más adecuado transformarlas en nuevos artículos”. Siguiendo esta recomendación, que estimamos plenamente aplicable en este caso, sugerimos la organización del contenido actual del artículo 6 en dos preceptos. El primero de ellos estaría integrado por el apartado 1 del actual, bajo el título de “Clasificación de los pacientes por tipo de espera: consultas externas hospitalarias y pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos”. A su vez,

otro artículo regularía la “Clasificación de los pacientes por tipo de espera: intervención quirúrgica programada”, siendo su contenido coincidente con el apartado 2 del artículo 6 de la norma remitida.

La sección 3.^a del nuevo capítulo IV (dedicado -como hemos indicado- al Registro), titulada “Organización administrativa”, estaría integrada por tres preceptos. El primero de ellos se dedicaría a la “Gestión del Registro”, y lo conformarían los dos primeros apartados del actual artículo 19, seguido de otro artículo que se ocuparía del “Seguimiento de la situación de la demanda asistencial de las áreas sanitarias”, formado a su vez por dos epígrafes que se corresponderían, el primero, con el actual artículo 19.3 y, el segundo, con el actual artículo 21.2. En relación con el primero de ellos, debe aclararse si la certificación mensual sobre la situación del registro hospitalario que se contempla deberá remitirse a la dirección competente en materia de servicios sanitarios del Servicio de Salud, responsable del control y gestión del Registro y de su coordinación con los registros hospitalarios de demanda asistencial sanitaria, pues en la redacción actual, aunque se enuncia el propósito de su emisión (“asegurar la fiabilidad de la información y la seguridad en los procedimientos de gestión del Registro”), nada se expresa acerca de su utilidad directa.

Por otra parte, el artículo 21 se refiere al “Seguimiento de la situación de la demanda asistencial en las áreas sanitarias”, para el que articula dos cauces de información, uno con proyección externa (al que se refiere el primer apartado) y otro interno, que, en atención a esa naturaleza, encuentra mejor acomodo -según proponemos- en la regulación relativa a la “Gestión del Registro”, al referirse a la información facilitada a la Junta Técnico-Asistencial de cada hospital.

Por último, integraría también este capítulo el precepto destinado a la Comisión técnica de listas de espera, creada por el actual artículo 20 “Con el

objeto de mejorar la coordinación de los diferentes registros de demanda asistencial y la utilización de los recursos disponibles”.

III. Parte final.

De acuerdo con lo expuesto en las observaciones formuladas sobre la parte dispositiva, la disposición adicional segunda (“Procedimiento de localización del paciente”) debe suprimirse, al formar su contenido parte de un nuevo artículo. En consecuencia debe modificarse el título de la disposición adicional primera (que pasará a ser “única”), y eliminarse el segundo apartado de la disposición final primera, al referirse a la desaparecida.

La disposición adicional tercera recoge, bajo la rúbrica “Referencia de género”, que “Todas las referencias a cargos, puestos o personas para los que en esta norma se utiliza la forma de masculino genérico, especialmente la palabra paciente asociada a un artículo o adjetivo masculino, deben entenderse aplicables, indistintamente, a mujeres y hombres”. La previsión responde a lo establecido en el artículo 5.1 de la Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la Igualdad de Mujeres y Hombres y la Erradicación de la Violencia de Género, que prescribe que “Los poderes públicos asturianos utilizarán un lenguaje no sexista”, y, ciertamente, su inclusión no es infrecuente en la normativa estatal (baste citar a título de ejemplo la disposición adicional segunda del Real Decreto 1024/2015, de 13 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Consejo Asesor de Ciencia, Tecnología e Innovación). Sin embargo, su contenido no constituye, en sentido estricto, el propio de una disposición adicional, en los términos señalados en la Guía para la elaboración y control de disposiciones de carácter general ya citada. Pero además la referencia resulta innecesaria, pues, de acuerdo con los criterios de la Real Academia Española -que hemos referido en nuestros Dictámenes Núm. 102/2015 y 20/2018-, el “uso no marcado (o uso genérico) del masculino para designar los dos sexos está firmemente asentado en el sistema gramatical del

español (...) y (...) no hay razón para censurarlo”. En suma, dado que el masculino genérico opera de modo objetivo en el lenguaje, no se requiere, a nuestro juicio, su proclamación normativa, ni su empleo precisa de una especificación interpretativa o aclaratoria”.

La disposición derogatoria única recoge en su apartado 1 de forma singular la derogación de la Resolución de 18 de febrero de 2016, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, para la creación de la Comisión para el seguimiento y control de las listas de espera en el Sespa; órgano cuya composición y funciones coinciden en su práctica totalidad con las del Consejo de participación para el seguimiento y control de las listas de espera en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, de nueva creación. En el caso de que la constitución de este último no se produzca de forma simultánea a la entrada en vigor de la norma proyectada, resultaría oportuno introducir en la parte final una disposición transitoria que contemple expresamente la pervivencia de la Comisión actualmente existente, constituida con arreglo a la Resolución de 18 de febrero de 2016 que ahora se deroga, hasta que se constituya el Consejo creado al amparo de la nueva regulación.

Finalmente, sería conveniente unificar el criterio concerniente al empleo de las mayúsculas en las referencias al órgano “Consejo de participación para el seguimiento y control de las listas de espera en el Servicio de Salud del Principado de Asturias” (en minúscula en el artículo 11.1 y 11.2, y en mayúscula en el apartado 4 del mismo precepto).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que el Principado de Asturias ostenta competencia para dictar la norma proyectada y que, una vez atendida la observación esencial y

consideradas las demás contenidas en el cuerpo de este dictamen, puede someterse a la aprobación del órgano competente.”

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.