



León, 29 de julio de 2011

Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilmo. Sr. Secretario General
Plaza de Castilla y León, 1
47071 - VALLADOLID

Expediente: 20081886

Asunto: Fibromialgia / Resolución

Centro directivo: Consejería de Sanidad

Ilmo. Sr.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Como recordará V.I. el motivo de la actuación de oficio era el estudio de la situación actual de los pacientes de fibromialgia (encuadramos asimismo a quienes padecen el síndrome de fatiga crónica) en nuestra Comunidad Autónoma.

Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, nos dirigimos a V.I. en solicitud de información correspondiente a la problemática que constituye el objeto de aquélla.

En atención a nuestra petición de información se remitió por esa Administración autonómica informe en dos ocasiones.

A la vista de lo informado, por parte de esta Institución se ha realizado el siguiente estudio.

El punto de partida de nuestro informe es que, sin ningún género de dudas, **LA FIBROMIALGIA ES UNA ENFERMEDAD REAL**¹ con una importante prevalencia en la población castellana y leonesa como hemos podido observar no sólo por nuestra presencia en

¹ La O.M.S. la conceptúa como una dolencia con entidad diferenciada de los diversos cuadros clínicos que presenta. Fueron reconocidas tanto la FM como el síndrome de fatiga crónica por esta organización en el año 1992. Códigos CIE G93.3-CIE 10 y M79.9-CIE10.



diversos foros sino como consecuencia de la multitud de quejas presentadas en el pasado y en el presente y que provienen de toda nuestra geografía autonómica. Este extremo hace que se haya constituido de forma directa o indirecta como un verdadero problema de salud pública con importante ingerencia en nuestro sistema sanitario y social derivado de la multitud de recursos humanos y económicos que reclama a diario tanto en nuestras consultas y centros hospitalarios como en nuestros Juzgados de lo Social y en nuestras entidades gestoras de la Seguridad Social.

Podemos **definir** la fibromialgia como un “*trastorno de la percepción dolorosa, de etiología desconocida, de origen no articular pero que ocasiona dolor músculo esquelético generalizado, difuso y muy frecuentemente se acompaña de trastornos psíquicos*”².

Cuando indicamos que se trata de un dolor generalizado crónico estimamos que tiene esta naturaleza aquel con más de tres meses de evolución y que se localiza en un lado del cuerpo (izquierdo o derecho), por encima y por debajo de la cintura. Debe concurrir además dolor axial ya sea en cualquier localización de la columna vertebral (cervical, dorsal o lumbar) o en la región anterior del tórax.

Asimismo se requiere la presencia de 11 de 18 “*tender points*” o puntos dolorosos ejerciendo una presión de 4 Kgs. en la forma expresada por el American College of Rheumatology en el año 1990 y tal dolor no debe estar asociado a enfermedades neoplásicas.

Se estima que la enfermedad tiene una **PREVALENCIA** del 2,73 por ciento entre la población española según los datos ofrecidos por el Grupo de Estudio de Fibromialgia (GEFISER) dependiente de la Sociedad Española de Reumatología (SER)³. Esto supone casi un millón de afectados por esta patología en nuestro país. Es ***mucho más frecuente en mujeres*** (95% de los casos).

CCAA	Afectados (%)	Mínimo (%)	Máximo (%)
Andalucía	170.291 (0.41)	103.656 (0.25)	244.331 (0.59)
Aragón	27.594 (0.07)	16.797 (0.04)	39.592 (0.1)
C. Foral de Navarra	12.794 (0.03)	7.788 (0.02)	18.357 (0.04)
Canarias	40.971 (0.1)	24.939 (0.06)	58.785 (0.14)

² Ballina F.J.. “*Fibromialgia. Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*”. Ed. Médica Panamericana. Cuarta edición. 2004. Págs 112-115.

³ Madrid, 25 de enero de 2011 (*medicosypacientes.com*)



Cantabria	12.365 (0.03)	7.526 (0.02)	17.741 (0.04)
Castilla - La Mancha	40.366 (0.1)	24.571 (0.06)	57.917 (0.14)
Castilla y León	57.027 (0.14)	34.712 (0.08)	81.821 (0.2)
Cataluña	146.311 (0.36)	89.059 (0.22)	209.925 (0.51)
Ceuta	1.741 (0)	1.060 (0)	2.498 (0.01)
Comunidad Valenciana	96.660 (0.23)	58.837 (0.14)	138.686 (0.34)
Extremadura	24.688 (0.06)	15.027 (0.04)	35.422 (0.09)
Galicia	62.857 (0.15)	38.261 (0.09)	90.187 (0.22)
Islas Baleares	20.208 (0.05)	12.301 (0.03)	28.995 (0.07)
La Rioja	6.219 (0.02)	3.786 (0.01)	8.923 (0.02)
Madrid	123.566 (0.3)	75.214 (0.18)	177.290 (0.43)
Melilla	1.582 (0)	963 (0)	2.270 (0.01)
País Vasco	48.334 (0.12)	29.421 (0.07)	69.349 (0.17)
Ppdo. De Asturias	24.733 (0.06)	15.055 (0.04)	35.486 (0.09)
Región de Murcia	27.379 (0.07)	16.665 (0.04)	39.282 (0.1)

(*)Todas las cifras son valores estimados.

En cuanto a la *distribución en grupos de edad*, la FM aparece en todos ellos con una prevalencia máxima entre los 40 y los 49 años (4,9%), mientras que es relativamente infrecuente en personas que superan los 80 años de edad. La prevalencia difiere según la población estudiada y oscila entre el 0,7 y el 20%.

Según la Oficina del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid⁴ la prevalencia de la enfermedad, si tenemos en cuenta el entorno del paciente, es más relevante en el entorno rural (4.11%) frente al 1.7% de los pacientes que viven en el medio urbano sin que existan diferencias entre unas clases sociales y otras.

⁴ “La fibromialgia y sus implicaciones personales y sociales en los pacientes de la Comunidad Autónoma de Madrid”. Oficina del Defensor del Paciente. Junio 2007



En cuanto a la **ETIOLOGÍA** no existe un factor conocido si bien gran cantidad de los pacientes aquejados de fibromialgia refieren un suceso particular previo. Por otra parte la propia Sociedad Española de Reumatología indica que *“ya hay una serie de datos basados en estudios bien diseñados que están comenzando a dar la primera información sobre los posibles mecanismos que operan en la FM.”* Entre ellos destaca la historia clínica y familiar, factores neurológicos o procesos inflamatorios o autoinmunitarios. Con todo y pese a que la enfermedad no tiene una naturaleza reactiva según todos los estudios realizados, la Oficina del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid⁵ ha confeccionado una tabla de eventos relacionados con el comienzo de la Fibromialgia en la que destacan:

- Gripe
- Infección por VIH
- Enfermedad de Lyme
- Síndrome del Aceite Tóxico
- Siliconosis
- Virus tales como Cosackie, Parvovirus B19, Herpes-6, Epstein Barr.
- Brucelosis
- Borrelia Burgdoferi
- Trastorno del sueño
- Trauma físico
- Trauma emocional
- Reiterada de esteroides y otra medicación
- Stress
- Retirada de heroína, cocaína o alcohol
- Traumatismos físicos o stress emocional
- Enfermedades reumáticas tales Artritis Reumatoide o Lupus Eritematoso Sistémico.

⁵ *Op. cit.* pág. 23.



Por su parte la SER pone de manifiesto la existencia de una agregación familiar pues el riesgo de padecer la enfermedad entre los familiares de pacientes con FM es 8,5 veces mayor que en otras poblaciones. En el seno de estas familias, tanto los factores psicológicos como el estado de salud son similares en los sujetos con y sin FM, esto apunta a un presunto origen genético sobre la base de algunos fenotipos genéticos que son más frecuentes en los enfermos de fibromialgia.

En cuanto a los factores neurológicos, y siempre según la Sociedad Española de Reumatología⁶, se han encontrado diversas alteraciones morfológicas y funcionales en biopsias del músculo y de tejidos blandos en estos pacientes. Sin embargo, los hallazgos hasta la actualidad son bastante inespecíficos. Hay algunas evidencias sobre la existencia de ciertas alteraciones del eje hipotálamohipofisoadrenal (HHA) que, a su vez, podría ser origen de algunos trastornos endocrinos observados en estos pacientes. Aunque los hallazgos actuales señalan una disfunción del eje HHA, en general son poco consistentes y, además, se piensa que pueden ser una consecuencia del propio cuadro clínico de la FM, más que su causa. La disfunción del sistema nervioso autónomo es un hallazgo mucho más consistente y reproducible y vendría a explicar satisfactoriamente algunas de las manifestaciones clínicas frecuentes, como los trastornos del ritmo intestinal, la sudoración, la taquicardia o las alteraciones digestivas. Sin embargo, al igual que los hallazgos con el eje HHA, podría ser una consecuencia más de una alteración de los neuromoduladores del sistema nervioso central.

Acaba indicando la SER que los datos más recientes reflejan que en los pacientes con FM existe una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, probablemente por un desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central. Se ha comprobado experimentalmente asimismo que estos pacientes tienen un umbral del dolor más bajo existiendo hipótesis sobre la circunstancia de que la fibromialgia está causada por una hipersensibilidad genética al estímulo conocida como “hipervigilancia”⁷. Asimismo puede observarse cómo se han comunicado varias diferencias en el genotipo de FM respecto de la población de control existiendo diversos avances en el campo de la patogenia de los que son responsables investigadores españoles⁸.

Dado que la Institución del Procurador del Común carece de competencias y de conocimientos en el ámbito médico no nos detendremos en la descripción de las diversas

⁶ http://www.ser.es/pacientes/enfermedades_reumaticas/fibromialgia.php

⁷ “ *Generalized hypervigilance in fibromyalgia. Evidence of perceptual amplification*” Mc Dermid A.J, Rollman G.B. and McCain G.A. págs 133-144, 1996.

⁸ Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid. Op. cit. págs 25 y ss.



alteraciones y/o anormalidades que pueden observarse en los pacientes de fibromialgia y que tienen diversa significación patogénica yendo desde las alteraciones neuroendocrinas, inmunológicas o del flujo sanguíneo cerebral pasando por alteraciones en el ritmo del sueño o de índole psicológica.

IMPLICACIONES FAMILIARES Y EN LA VIDA SOCIAL

El paciente aquejado de fibromialgia, como cualquier otro enfermo, cambia sustancialmente su actitud y forma de relacionarse tanto dentro como fuera del entorno familiar. Así, dada la existencia de un “dolor continuo” que resulta seriamente invalidante y que en muchas ocasiones conlleva síndromes depresivos o episodios de angustia, tiende en muchas ocasiones a aislarse afectivamente incluso dentro del propio domicilio.

Por otra parte, las relaciones íntimas o sexuales se ven notoriamente afectadas cuando uno de los miembros de la pareja padece fibromialgia lo que altera la pareja misma lo que, junto al resto de cambios relacionales, propicia un importante número de rupturas sentimentales o separaciones conyugales en el caso de pacientes de FM. Así en la Escuela de Terapia Familiar San Pau de Barcelona en el año 2005⁹ se realizó un estudio que arroja estos datos:

	Actividades domésticas	Decisiones	Salidas (ocio)	Sexo
Caso 1	No cambios	No cambios	Reducido	No cambios
Caso 2	Cambios	No cambios	Reducido	Cambios
Caso 3	Cambios	No cambios	Reducido	Cambios
Caso 4	Cambios	Cambios	Reducido	Cambios
Caso 5	Cambios	Cambios	Reducido	Cambios
Caso 6	No cambios	No cambios	Reducido	Cambios
Caso 7	Cambios	No cambios	Reducido	Cambios

El análisis que podemos hacer del cuadro precedente es el siguiente:

- En el supuesto de *actividades domésticas* se observa que en 5 de los 7 casos los maridos colaboran más que antes de la enfermedad en las tareas domésticas y en 2 de los 7 casos

⁹ www.sanpau.es



no ha habido cambios en los roles domésticos. De estos 5 casos, 2 se han decidido por una ayuda externa y en 1 hay una mayor colaboración de las hijas en las tareas domésticas. Por lo tanto en 5/7 casos ha habido cambios.

- En cuanto a la **toma de decisiones** en 2 de los 7 casos ha habido cambios, en los 5 casos restantes no se ha modificado por causa de la FM.
- Por lo que respecta a la variable de las **salidas de ocio en general**, podemos observar que en todos los casos las salidas se han reducido. En 7/7 casos se han reducido.
- En la variable **sexo** podemos observar que solo en 1 de los casos no ha habido cambios. En 6 de los 7 casos la frecuencia sexual es menor que antes de la enfermedad.

TRATAMIENTO

En cuanto a la cuestión del tratamiento y posterior curación de la enfermedad hemos de ser tajantes a la vista de la documentación obrante en nuestra Procuraduría y de la labor de estudio realizada. La Fibromialgia no tiene curación por el momento por lo que debemos alertar frente a “tratamientos milagrosos” que no hacen sino empeorar la salud mental y psicológica de los afectados cuando no, la física. Así por ejemplo, existen dudas científicas sobre la posible eficacia de tratamientos de ozonoterapia¹⁰ si bien ha quedado acreditada empíricamente en algunos casos por lo que debe estudiarse individualmente cada supuesto. De lo que no cabe duda es de la peligrosidad de la automedicación con productos obtenidos por internet o que parecen resultar eficaces en otros afectados de fibromialgia o incluso adquiridos en el extranjero y que no están supervisados por la Agencia Española del Medicamento.

Los tratamientos existentes en el momento actual van dirigidos a mejorar la sintomatología de los enfermos evitando la concurrencia de factores de toda índole (físicos y morales) que agraven la dolencia en sí misma.

Así la Sociedad Española de Reumatología¹¹ aconseja lo siguiente: *“Es importante procurar establecer las mejores condiciones para un sueño reparador. Tener una cama no excesivamente blanda ni excesivamente dura, así como una almohada baja. Hay que evitar la ingesta de sustancias y bebidas estimulantes (café, té, alcohol, etc.), así como las temperaturas extremas (sobre todo un calor excesivo en el dormitorio) y los ruidos y luces (relojes despertadores).*

¹⁰ Vd. Informe 8/2005 de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. Sevilla, junio 2005.

¹¹ <http://www.ser.es/wiki/index.php/Fibromialgia#Tratamiento>



De todas las medidas que se han empleado en el tratamiento de la fibromialgia, el ejercicio físico y una adecuada fortaleza muscular son sin duda las más eficaces. Es evidente que el ejercicio por encima de la capacidad física del individuo empeora el dolor, lo que invita a abandonarlo. Por eso esta fortaleza muscular se ha de conseguir poco a poco. Los masajes, ejercicios de estiramiento muscular, calor local y algunos tipos de electroterapia pueden ser eficaces de forma marginal. Las inyecciones locales de los puntos dolorosos con anestésicos locales, sobre todo si luego se siguen de masaje local, son de gran ayuda para dolores localizados intensos.

Los calmantes o analgésicos pueden ayudar pero sólo se tomarán si su médico se lo indica. La mayoría de los enfermos con fibromialgia los toman, pero su eficacia es parcial y nunca deben ser el único tratamiento. Hay un grupo de medicamentos, que actúan entre otros mecanismos de acción, aumentando los niveles de serotonina, y que mejoran los síntomas en un buen número de enfermos. En general son fármacos usados como antidepresivos a dosis más altas que las que son precisas en la fibromialgia. En la fibromialgia aumentan el umbral de percepción del dolor y tienen por tanto una cierta actividad analgésica.”

En definitiva el tratamiento a seguir debe estar pautado por el o los facultativos correspondientes, y estrechamente vigilado por aquellos. Asimismo debe controlarse en la medida de lo posible el estrés y las emociones evitando desarrollar sentimientos negativos (ira, depresión, frustración, sensación de fracaso, culpa y vergüenza...) que pueden cronificarse y convertirse en un problema añadido, hacer ejercicio moderado dentro de las capacidades propias de cada uno y mantener una adecuada y gratificante vida social en la medida de lo posible. En esta última faceta así como para canalizar varias de estas actitudes descritas tiene gran importancia el movimiento asociativo al que más adelante nos referiremos.

ASPECTOS JURÍDICOS

Lo que no podemos obviar es la vertiente jurídica del problema que ya hemos estudiado en años precedentes. Desde el año 2000 se han presentado en esta Procuraduría numerosas reclamaciones relacionadas con el tratamiento de la fibromialgia (en muchos casos con la falta del mismo o las carencias observadas en aquel).



La tramitación de las primeras quejas (hasta el año 2008) aconsejó a esta Institución, en el año 2005, poner de manifiesto a la Administración sanitaria la necesidad de prestar una atención específica al colectivo afectado. Entre otras cuestiones, se consideraron insuficientes los recursos que la sanidad pública destinaba a la formación de los profesionales de atención primaria, máxime teniendo en cuenta que dicha formación específica resulta fundamental para un correcto diagnóstico de la enfermedad.

Dicha resolución fue reiterada en el año 2006 a la vista de la respuesta de la Consejería de Sanidad, así como de la naturaleza y número de quejas registradas en ese momento.

Con posterioridad a ambas resoluciones se han seguido presentado quejas relativas al tratamiento de la fibromialgia que han motivado el inicio de la presente actuación de oficio siendo todas aquellas acumuladas a éstas. En todo caso sí resulta relevante indicar la desigual presencia de quejas en nuestra Institución atendiendo a su origen geográfico así como la constante y fluida relación de la Institución y de su titular tanto con el movimiento asociativo como con los/as afectados/as de esta dolencia recibiendo diversa documentación sobre la cuestión.

Desde una perspectiva jurídica la cuestión tiene múltiples facetas si bien sólo algunas pueden ser estudiadas por nuestra Institución en virtud de la competencia que legalmente tiene conferida.

Así, una de las cuestiones que se reflejan en los escritos de queja son las derivadas del carácter extremadamente invalidante de la dolencia cuyos afectados se ven incapacitados para trabajar en sus puestos de trabajo habituales lo que, en no pocos supuestos, los coloca en una situación de grave peligro de exclusión social. Sin embargo, esta Procuraduría carece de competencia para valorar tal cuestión puesto que la determinación de una incapacidad o una invalidez¹² corresponde al ámbito competencial del Estado supervisable por el Defensor del Pueblo al ser el Instituto Nacional de la Seguridad Social quien reconoce estas situaciones. Pese a ello haremos un breve resumen jurisprudencial y doctrinal de la cuestión a fin de clarificar algunos aspectos que pueden servir de ayuda a los afectados.

Lo normal es que los pacientes de fibromialgia encadenen diversas situaciones de baja laboral agotando el período máximo de permanencia legalmente previsto. Posteriormente acuden

¹² Vd. Informe Anual del Defensor del Pueblo 2010. págs. 433 y 434. En este apartado el D.P. deja constancia de la evaluación que por parte de los distintos equipos técnicos multidisciplinares se lleva a cabo de los pacientes de fibromialgia con el fin de determinar su grado de discapacidad. A tal fin, y en aplicación de lo dispuesto en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, se tiene en cuenta no sólo el diagnóstico sino las limitaciones que el enfermo de FM tiene para realizar las actividades de la vida diaria como consecuencia no sólo de la dolencia que padece sino también del tratamiento y terapia que realiza.



a los Tribunales de Justicia donde se dilucida, favorable o desfavorablemente, la problemática laboral de los interesados. Según Javier Iglesias León¹³ el tiempo medio de permanencia en situación de Incapacidad Temporal es de *quince meses* en demandantes de Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados.

El artículo 128.1 del Texto Refundido de la General de Sanidad previene que *“tendrán la consideración de situaciones determinantes de **incapacidad temporal** las debidas a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.”* Añadiendo que *“agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días previsto en el párrafo anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquélla se produzca en un plazo de ciento ochenta días posteriores a la antes citada alta médica por la misma o similar patología, con los efectos previstos en los párrafos siguientes.”* Resulta indudable que uno de los principales problemas derivados de la situación de incapacidad es la falta de ingresos que intenta paliarse con la prestación prevista en el artículo 129 si bien ésta tiene una duración temporal (artículo 131¹⁴). Esta situación, verdaderamente preocupante, es en la que se encuentran muchos afectados de

¹³ “*El defensor de la fibromialgia*”. Javier León Iglesias. León Foro Alternativo. Bilbao 2003.

¹⁴ El derecho al subsidio se extinguirá por el transcurso del plazo máximo establecido para la situación de incapacidad temporal de que se trate; por ser dado de alta médica el trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente; por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación; por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social; o por fallecimiento. (...) En el supuesto de que el derecho al subsidio se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido en el apartado a del número 1 del artículo 128 y el trabajador hubiese sido dado de alta médica sin declaración de incapacidad permanente, sólo podrá generarse un nuevo proceso de incapacidad temporal por la misma o similar patología si media un período de actividad laboral superior a 180 días o si el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador, emite la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica por incapacidad temporal.



fibromialgia dada la naturaleza misma de la enfermedad y esto se agrava muchas veces cuando el paciente ha de acudir a los Juzgados de lo Social con el coste que esto supone, lo incierto de la conclusión y la dilación en el tiempo de las resoluciones judiciales que empeora cuando ha de acudir a la vía del recurso.

Es por esta circunstancia que estimamos necesario (y aquí sí resulta competente el Procurador del Común) una adecuada formación de los médicos de Atención Primaria en orden al diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia lo que determinaría una mayor eficacia en el uso de los recursos personales y patrimoniales de la administración sanitaria y de los órganos gestores de la Seguridad Social reduciendo notablemente los tiempos de permanencia en situación de baja laboral y el “peregrinaje” de los enfermos por las consultas de múltiples especialistas de toda índole. Resulta relevante remitirnos a los efectos del llamado “*Programa de Intervención sobre Discapacidad Laboral aguda de origen musculoesquelético*” puestos de manifiesto en el número 6 de los Anales de Medicina Interna (Volumen 143) de 20 de septiembre de 2005 y llevado a cabo en tres Áreas Sanitarias de Madrid sobre pacientes en situación de IT por padecer enfermedades o trastornos musculoesqueléticos. El ahorro generado al reducir la mediación y la fisioterapia financió el coste del programa obteniéndose un “beneficio” sobre la inversión inicial de entre el 800 y el 2.000 por cien en los dos años de duración del programa.

Por lo que respecta a la **incapacidad permanente**, ésta aparece definida en el artículo 136 de la reseñada Ley General de Seguridad Social: “*En la modalidad contributiva, es incapacidad permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.*” Dentro de la citada incapacidad podemos distinguir diversos grados: **Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual:** Aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma; **Incapacidad permanente total para la profesión habitual:** La que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha



profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta; **Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo:** La que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio y **Gran invalidez:** La situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Todos los grados de incapacidad permanente participan de las siguientes características:

1. El trabajador ha de presentar reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva, es decir, debe ser un profesional quien estime objetivamente la existencia de las mismas.
2. Previsiblemente definitivas, es decir, irreversibles según el pronóstico objetivo del facultativo en los términos antes indicados.
3. Gravedad que afecte directamente a la capacidad laboral del trabajador disminuyendo o anulando la misma.

La problemática que se presenta en los casos de fibromialgia es que la principal sintomatología de esta patología es la presencia de dolor generalizado. Sin embargo el dolor no es objetivable y no existe ninguna forma de medir aquél y de comprobar su incidencia en la capacidad laboral del sujeto. Esta circunstancia hace que desde los órganos gestores y desde los propios órganos jurisdiccionales se vea con desconfianza a los pacientes de fibromialgia lo que ha generado una importante doctrina jurisprudencial sobre la materia¹⁵ si bien ésta es vacilante sobre la base misma de la propia dolencia. Así por ejemplo, la STSJ de Burgos de 24 de febrero de 2011 reconoce la existencia de incapacidad permanente absoluta a la actora del procedimiento puesto que padecía cuadro patológico en los dieciocho puntos gatillo (tender points). La Sentencia en cuestión se remite a jurisprudencia anterior, concretamente a la STSJ de Madrid de 22 de noviembre de 2004, señalando: *"La fibromialgia, como enfermedad crónica y compleja, con presencia calculada entre un 2 y 3% de la población española, que provoca dolores extensos que afectan a la esfera biológica, psicológica y social del paciente, con un alto índice de frecuentación y elevado consumo de recursos sanitarios, se asienta en dos criterios diagnósticos (documento de consenso sobre el tratamiento y diagnóstico de la fibromialgia adoptado en conferencia de consenso en Cataluña): Una historia de dolor generalizado en el lado derecho e*

¹⁵ Javier León Iglesias. *Op. cit.*



izquierdo del cuerpo, por encima y debajo de la cintura (cuatro cuadrantes corporales) además de existir dolor en el esqueleto axial. Dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos que corresponden a las áreas más sensibles del organismo. Con el mínimo de 11 puntos de dolor objetivados es posible, valorando las circunstancias concurrentes, reconocer el grado de total (TSJ Madrid 6-6-2005, rec. 1345/2005 [JUR 2005\187087]).

La IPA se define como aquella incapacidad que inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio. Exige de una discapacidad orgánica o funcional, definitiva, que reduzca la capacidad de ganancia hasta el extremo de impedir el desempeño de cualquier actividad profesional retribuida (TSJ Asturias, 5-10-2001 (LA LEY 176946/2001), rec. 3171/2000 [AS 2001\3931]).

La realización de una actividad laboral, por liviana que sea, incluso las sedentarias, sólo puede consumarse mediante la asistencia diaria al lugar de trabajo por sus propios medios, la permanencia en el mismo durante toda la jornada laboral, debe poder realizarse con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, actuando de acuerdo con las exigencias de todo orden que comporta la integración en una empresa, en régimen de dependencia de un empresario, dentro de un orden preestablecido y en interrelación con los quehaceres de otros compañeros, por cuanto no es posible pensar que en el amplio campo de las actividades laborales exista alguna en la que no sean exigibles esos mínimos de dedicación, diligencia y atención que son indispensables en el más simple de los oficios y en la última de las categorías profesionales (TSJ La Rioja, 8-2-2005, rec. 28/05 [AS 2005\557] , con cita de la jurisprudencia del TS hasta su sentencia 13-9-1988 [RJ 1988\6889] , TSJ Andalucía / Málaga, 1-2-2002, rec. 1640/01 [AS 2002\1427]).

Toda actividad laboral en régimen de ajeneidad y dependencia ha de ser desarrollada bajo las órdenes de un empresario, exigiéndose en todo caso unos mínimos de intensidad y eficacia durante la jornada laboral que se ha de mantener de forma constante, debiendo regir en la interpretación del precepto un principio de racionalidad, en el que se considere la finalidad de la norma y la propia experiencia de la vida del trabajo, lo que descarta cualquier interpretación basada en expectativas ilusorias o meramente teóricas de actividad laboral (TSJ País Vasco 15-4-2003, rec. 274/03 [AS 2003\2267] , AS 2003/2267). De ahí que, ha de reconocerse no sólo a quien carezca de toda aptitud física para la realización de cualquier quehacer laboral, sino también a quien, manteniendo posibilidades de ejecución de ciertas



tareas, se encuentre, sin embargo, sin facultades bastantes para su satisfacción con la eficacia normalmente exigible en el ámbito en que tales tareas se satisfacen y, por lo mismo, esa ausencia de facultades o aptitudes esenciales equivalen, «de facto», a una inhabilidad absoluta para cualquier tipo de trabajo o empleo (TSJ Castilla-La Mancha 20-11-2002 (LA LEY 194216/2002), rec. 944/02 [AS 2002\3955]). No es impedimento para declarar la IPA «la posibilidad de realizar trabajos marginales y de escaso o nulo valor en el mercado de trabajo» (TSJ Madrid 27-12-2004, rec. 4633/2004 [JUR 2005\94295] , y 22-11-2004, rec. 3549/2004 [JUR 2005\72561]). No es exigible una «actitud heroica o un sufrimiento excesivo» (TSJ Madrid, 25-10-2004, rec. 3352/2004 [JUR 2005\18767]).

El criterio de posibilidad de desplazamiento al puesto de trabajo en condiciones que lo permitan es también utilizado judicialmente para poder reconocer el grado de IPA, así por ejemplo, la limitación provocada por el cuadro clínico con referencia, principalmente, a los miembros inferiores, con dificultad para la deambulación y la «utilización de medios de transporte público o privado», hace poco menos que utópico pensar que exista actividad que pueda llevarse a cabo «cuando para trabajar es preciso desplazarse al puesto a desempeñar y uno o dos viajes de ida y vuelta diarios» (TSJ Madrid 22-11-2004, rec. 4091/2004 [JUR 2005\35922]).”

Poco más puede decir esta Procuraduría quien en los términos indicados carece de competencia para realizar ningún tipo de actuación frente a la Administración General del Estado. En todo caso, sí debemos resaltar la importante labor de la Oficina del Defensor del Pueblo quien desde el año 2005 y a nuestra instancia en un primer momento, ha venido llevando a cabo actuaciones en la materia¹⁶ que podemos estimar de interés tales como la elaboración del Protocolo de médicos del INSS sobre fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple.

Pero de lo que no cabe duda es de **nuestra competencia** a la hora de instar de la Administración sanitaria una especial atención a este colectivo dotando a la sanidad pública castellana y leonesa de los medios personales y materiales necesarios para un adecuado diagnóstico, tratamiento (con las limitaciones indicadas ut supra sobre la imposibilidad actual de cura de la dolencia) y seguimiento de los afectados. Así, iniciada la presente actuación de oficio

¹⁶ Vd., por ejemplo, los Informes Anuales de los años 2006, 2007 o 2010 así como lo publicado en la Revista de la Institución en marzo de 2010 (http://www.defensordelpueblo.es/es/Prensa/dia/Revistas/revista_mar_10.pdf)



y acumuladas todas las quejas individuales presentadas, solicitamos información de la Consejería de Sanidad quien respondió en su momento indicándonos lo siguiente:

“PRIMERO: *El elevado número de factores que determinan el desarrollo de esta compleja enfermedad, unido a que la Fibromialgia es un conjunto de síntomas clínicos, muchas veces inespecíficos, de carácter crónico no degenerativo y dolor generalizado, constituye la causa de las diferencias en el tratamiento de estos pacientes, a partir de la evidencia científica disponible sobre esta patología.*

SEGUNDO: *La Consejería de Sanidad esta realizando actividades dirigidas a implantar en nuestra Comunidad un modelo de atención a la Fibromialgia .Esta constituye una intervención multidisciplinar de los profesionales sanitarios en el ámbito de la Atención Primaria con el apoyo de los dispositivos de la Atención Especializada, para lo que se han constituido unos circuitos asistenciales básicos que sirven de guía de actuación a los profesionales.*

TERCERO: *En los centros de nuestra comunidad se encuentra disponible el documento "Guía de Fibromialgia" elaborado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el que se recogen directrices acerca del diagnóstico, tratamiento, impacto vital, familiar, sanitario y laboral de la Fibromialgia.*

CUARTO: *La prevalencia estimada en la población española mayor de 20 años, según el último estudio realizado es del 2,4%. Por sexos, en los varones se estima en un 0,2%, frente a un 4,2% en mujeres, presentando su prevalencia máxima entre los 40 y 49 años.*

QUINTO: *Desde el año 2004 se ha mantenido diversos contactos con distintas Asociaciones de enfermos de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de la Comunidad, con quienes se han compartido los mecanismos de colaboración y apoyo propuestos como Modelo de Atención a estos pacientes. La enfermedad incapacita a un 20% de los afectados tras recibir asistencia por los equipos multidisciplinarios encargados de la valoración, para los que resulta difícil seguir un protocolo establecido dada la diversidad psicológica y orgánica de los pacientes afectados.*

SEXTO: *Con la intención de continuar mejorando la asistencia prestada a los ciudadanos, los profesionales reciben actividades formativas como, cursos, talleres, seminarios, sesiones clínicas, rotaciones y lectura crítica de artículos, así como se facilita la asistencia a congresos que les permite mantener de forma individual la competencia adquirida en su*



formación.”

A la vista de esta información estimamos oportuno reiterar la petición inicial puesto que algunos de los extremos no habían recibido respuesta por parte de la Administración sanitaria. Esta solicitud fue cumplimentada por la Consejería de Sanidad con el contenido siguiente:

“PRIMERO: *La Subcomisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el que se hallan representadas todas las Comunidades Autónomas, elaboró un documento consensuado por un Grupo de Trabajo y coordinado por la Dirección General de Planificación Sanitaria, Sistemas de Información y Prestaciones, contando con las observaciones aportadas por diversas Asociaciones de Pacientes, en el que están recogidas las directrices acerca del diagnóstico, tratamiento, impacto vital, familiar, sanitario y laboral de la Fibromialgia. Este documento está disponible en los Centros de Atención Primaria y Especializada de nuestra Comunidad, así como en la Web del Ministerio de Sanidad.*

SEGUNDO: *La atención sanitaria se dispensa a los pacientes afectados de Fibromialgia en los Centros de Atención Primaria, en aquellos pacientes en los que su evolución, respuesta a la terapia o la complejidad del proceso, requiere la intervención de Atención Especializada, son derivados a diferentes especialistas.*

TERCERO: *Todos los Hospitales de la Comunidad Autónoma disponen en su cartera de servicios de las especialidades donde habitualmente se precisa remitir a estos pacientes, por lo que no se considera necesario crear unidades específicas para esta enfermedad. Sin perjuicio de que, tratándose de un proceso con evolución variable que en ocasiones está asociado a síntomas clínicos diversos, se pueden producir diferencias en el abordaje de los mismos. Cuando el facultativo responsable decide realizar alguna derivación a otros Centros dentro o fuera de nuestra Autonomía, se realiza al igual que con otros pacientes cuyos procesos requieran asistencia en hospitales diferentes de su Centro de referencia.*

CUARTO: *Los datos epidemiológicos sobre la prevalencia estimada de fibromialgia, para la población española mayor de 20 años, según fuentes de la Sociedad Española de Reumatología para Castilla y León son los siguientes: 57.027 afectados, por lo que se estima un mínimo de 1,4% y un máximo de 3,3 % en nuestra Comunidad.*



QUINTO: *Al tratarse de un síndrome complejo de etiología desconocida y controvertida, que curso de manera variable y con frecuencia asociado a otras patologías, su evaluación clínica ha de determinarse atendiendo al grado de afectación de cada paciente.*

SEXTA: *La evaluación de la incapacidad se realiza por parte de los Equipos de Valoración del I.N.S.S, dependientes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, desconociendo la existencia de un protocolo específico para la valoración de la fibromialgia.”*

A la vista de lo informado y de la ingente documentación obrante en esta Procuraduría estimamos oportuno hacer una serie de consideraciones.

Las manifestaciones clínicas por las que un paciente con indicios de padecer fibromialgia acude a los servicios médicos se plantean en la consulta del médico de Atención Primaria. Aquí se encuentra el inicio del camino del paciente de FM y es donde ha de hacerse el diagnóstico, inicio del tratamiento y seguimiento del proceso evolutivo de la enfermedad. Asimismo es en este momento cuando deben darse al interesado las orientaciones necesarias tanto desde una perspectiva médica como psicológica para afrontar los retos de una nueva vida con una enfermedad como la fibromialgia.

En todo caso hay que tener en cuenta que las múltiples manifestaciones clínicas de la dolencia requieren la intervención de otros especialistas para valorar, diagnosticar y controlar adecuadamente el cuadro clínico por lo que los facultativos de atención especializada deben hacer una valoración dentro del ámbito de su especialidad asumiendo la parte del tratamiento que les corresponda. Frecuentemente este especialista es el Reumatólogo ya que la FM cursa con dolor generalizado en el aparato locomotor y dado que es el profesional adecuado para distinguir la fibromialgia de otras enfermedades reumáticas.

El aparato normativo vigente en nuestro Ordenamiento Jurídico sobre la base de lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad ha de ser complementado, para el caso que nos ocupa, por la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública y por la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, el Medicamento. Esto en el ámbito estatal si bien hemos de acudir asimismo a la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León. El artículo 2 de esta norma al establecer los principios rectores de nuestro sistema de salud hace constar como tales (punto d) la universalización de la atención que garantice la igualdad efectiva en las condiciones de acceso a los servicios y



actuaciones y la equidad en la asignación de recursos. Por otra parte la propia Exposición de Motivos viene a propugnar la necesaria atención a los supuestos de enfermedades crónicas e invalidantes previendo el artículo 54 la elaboración de Estrategias Regionales de Salud y Programas Sanitarios Especiales *“dirigidas a los problemas de salud más prevalentes, a los más relevantes, a los que supongan una especial carga sociofamiliar, a grupos específicos de pacientes reconocidos sanitariamente como de riesgo, a los grupos de personas con especial vulnerabilidad, a los enfermos crónicos e invalidantes y a aquellos problemas que, por sus especiales características deban abordarse con una perspectiva de intervención regional, garantizando una atención sanitaria integral.”*

Así, en los últimos años se han elaborado documentos de consenso sobre la fibromialgia abordando la problemática desde distintas perspectivas. Concretamente el documento elaborado por la Sociedad Española de Reumatología reunida para la celebración del I Simposio sobre el Dolor¹⁷ indica: *“parece lógico pensar que la combinación de varias de las modalidades terapéuticas disponibles para el tratamiento de estos pacientes debe de ser superior al uso de cualquiera de ellos en solitario.”* Por su parte, el Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia de 2010¹⁸ valora la incidencia de la enfermedad tanto en la actividad de los profesionales de Atención Primaria como especializada, lo que arroja claramente la necesidad de proporcionar a los pacientes de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica un tratamiento global y conjunto de las diversas manifestaciones y síntomas en que cursan la enfermedad.

Es por ello que estimamos que tanto la **creación de unidades multidisciplinarias** que aglutinen los recursos personales y materiales daría lugar a una evidente mejora en la respuesta a quienes padecen FM haciendo más rápido un diagnóstico correcto y evitando tratamientos lesivos e ineficaces. Esto asimismo debe ser puesto en relación con la existencia de Unidades de Referencia en la materia (de las que carecemos en nuestra Comunidad Autónoma) en la forma en la que existen en Cataluña (Hospital Vall d’Hebron, Hospital del Mar y el Clínic), Madrid (Ramón y Cajal), Baleares (Hospital General de Palma de Mallorca), Castilla - La Mancha (Hospital Universitario de Guadalajara y Complejo Hospitalario Universitario de Albacete) o Valencia (Hospital de San Vicent de Raspei). Y ello por cuanto estimamos, como ya venimos manifestando en diversas actuaciones de esta Procuraduría, que los ciudadanos castellanos y

¹⁷ www.ser.es/.../consensos/ConsensoFibromialgia2006.pdf

¹⁸ www.sen.es/pdf/2010/consenso_fibromialgia_2010_esp.pdf



leoneses deben poder acceder a las prestaciones sanitarias en pie de igualdad. Sin embargo esto no tiene su reflejo en quienes padecen fibromialgia quienes no pueden acceder a una Unidad de Referencia dentro de su propia Comunidad Autónoma.

Otras de las manifestaciones de esta situación es la que deriva del *acceso a las listas de espera* por parte de los enfermos de fibromialgia. Esta Procuraduría ha tenido ocasión de pronunciarse en varias ocasiones sobre la problemática de las listas de espera en Castilla y León y por ello no vamos a ser reiterativos. Sin embargo debemos indicar que en el caso de los enfermos de FM la problemática se agrava dada la cronicidad, la situación fuertemente invalidante de la dolencia y las tardanzas tan importantes a la hora de ser correctamente diagnosticados. Por ello estimamos que debe agilizarse, también en este supuesto, el acceso de los pacientes a los sistema de garantía previstos en el Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León y, por supuesto, no podemos consentir que los ciudadanos de Castilla y León tengan que salir de nuestra Comunidad Autónoma para que su FM les sea adecuadamente diagnosticada y tratada debiendo conseguir la implicación de todos los agentes (pacientes, asociaciones, facultativos y administraciones) en la mejora de la calidad de vida de aquellos.

ACTUACIONES PRECEDENTES DEL PROCURADOR DEL COMÚN Y CONCLUSIONES

En todo caso y como ya hemos indicamos ut supra, esta Procuraduría ha tenido ocasión de pronunciarse sobre la cuestión en el año 2005, concretamente el día 27 de junio, mediante una resolución con el siguiente contenido:

- *Que por parte de los órganos competentes de la Administración sanitaria se realicen **cursos de formación continua** a todos aquellos profesionales que participen en el tratamiento de la fibromialgia, fundamentalmente a los médicos de atención primaria como elemento base en la detección y tratamiento de dicha enfermedad.*
- *Que se realice un **protocolo** para el tratamiento de esta enfermedad con la participación de todos los profesionales sanitarios implicados, y que, en la medida de lo posible, dichos protocolos siguieran criterios uniformes en todos los centros sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma*



- *Que, en la medida de lo posible, se tomen las medidas por parte de la Administración Sanitaria para la aplicación de las **medidas señaladas en el Grupo de Trabajo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, con la estructuración de un nivel de atención primaria, otro de atención especializada con la intervención de un equipo multidisciplinar en los supuestos que proceda y el establecimiento, en su caso, de algún **hospital de referencia**, de manera similar a lo efectuado en la Comunidad Autónoma de Cataluña.*
- *Que, en la estructuración del sistema sanitario de atención a los afectados de fibromialgia, se tenga en cuenta, tanto en el ámbito provincial como regional, a las distintas **asociaciones de afectados reconocidas legalmente**, para garantizar el derecho de participación reconocido en el art. 27 de la Ley 8/2003, de Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud en Castilla y León*

Correlativamente a dichas recomendaciones, la **respuesta de la Administración** fue la siguiente:

- *En los **planes de formación** de las Gerencias de Atención Primaria se incluye como objetivo institucional la formación de los profesionales, estando ya planteada la realización de cursos sobre la fibromialgia dirigidos fundamentalmente a los médicos de atención primaria.*
- *La Subcomisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud creó un Grupo de Trabajo que, tomando como base el elaborado en Cataluña, preparó un documento de consenso de todo el Sistema Nacional de Salud y contó con las observaciones aportadas por distintas asociaciones de pacientes de fibromialgia. **El documento fue publicado el pasado año 2004 y ha sido distribuido, desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a las Gerencias de Atención Primaria y Especializada de todas las Áreas de Salud de nuestra Comunidad para su difusión entre los profesionales sanitarios, con objeto de facilitar la homogeneidad de criterios entre los diferentes centros, ayudar al diagnóstico y al tratamiento en la consulta del médico de familia y avanzar en pautas comunes de actuación ante los afectados de esta patología.***
- *Consideramos que la atención sanitaria dispensada en los centros de la Gerencia Regional de Salud a los pacientes afectos de fibromialgia se adecua a lo dispuesto por el Grupo de Expertos del Consejo Interterritorial estructurándose, en el nivel de la*



*Atención Primaria que habitualmente realiza el tratamiento y seguimiento de estos pacientes y en el de Atención Especializada cuando, la evolución del cuadro, la ausencia de respuesta a la terapia o la complejidad del proceso hacen necesaria la derivación del paciente a este nivel de acuerdo con el criterio del médico de cabecera. En este nivel la asistencia ya se presta por diversas especialidades en función de la sintomatología predominante, **no considerando pertinente, en la actualidad, la creación de unidades específicas de Fibromialgia o de hospitales de referencia***

- *Respecto a la **participación de las asociaciones de enfermos**, el art. 27 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos , y deberes de las personas en relación con la salud, insta a la Administración de la Comunidad de Castilla y León a garantizar el efectivo cumplimiento del derecho de los ciudadanos a participar en las actuaciones del Sistema de Salud a través de los cauces previstos en la normativa vigente, impulsando el funcionamiento y desarrollo de los órganos de participación ciudadana en el citado Sistema. El Decreto 48/200.3, de 24 de abril, regula los órganos de participación del Sistema de Salud de Castilla y León, que son: el Consejo Regional de Salud, los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona. Su objetivo es servir de cauce de participación de los ciudadanos, a través de los agentes sociales y otras organizaciones (organizaciones sindicales y empresariales, organizaciones de consumidores y usuarios, asociaciones de vecinos, etc.). Ello hace posible, por un lado, conocer los recursos, necesidades y el funcionamiento del Sistema y, por otro lado, plantear cuantas propuestas y recomendaciones se estiman necesarias con el fin de que redunde en una mejora de la calidad asistencial y en un mejor cumplimiento de los derechos de los usuarios.”*

Posteriormente en el año 2006 y, dada la reiteración de quejas sobre la cuestión, esta Procuraduría se interesó por el número y entidad de cursos destinados al personal de la sanidad pública castellana y leonesa. A la vista de la información remitida estimamos que “*cuando las quejas sobre el tratamiento de una misma enfermedad llegan en tantas ocasiones (veinticuatro) y durante un periodo de tiempo relativamente largo (seis años) a la institución del Procurador del Común, ello quiere decir, con toda seguridad, que se trata de una cuestión que no está siendo resuelta de un modo adecuado por las instituciones públicas, puesto que las personas que acuden a nosotros no han encontrado una respuesta mínimamente satisfactoria a su situación.*” A tal fin y sobre la base de las actuaciones llevadas a cabo por parte de otras Defensorías Autonómicas y del propio Defensor del Pueblo dictamos nuevamente resolución el 15 de noviembre de 2006 con el siguiente contenido:



“1º.- Elaborar un protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de la FM y FC, con criterios uniformes en todos los centros y servicios sanitarios de la comunidad de Castilla y León, sobre la base del documento de consenso elaborado en 2004 por la Subcomisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2º.- Abordar de manera planificada y con profundidad el desarrollo de programas de formación continuada dirigidos a todos aquellos profesionales implicados en la atención de la FM y FC

3º.- Establecer, al menos, una unidad de referencia en un centro hospitalario de Castilla y León, con la intervención de un equipo multidisciplinar, para aquellos pacientes que, por la evolución del cuadro que les afecta, la ausencia de respuesta a la terapia o la complejidad del proceso, precisen una singular y especializada respuesta a sus necesidades;

4º.- Promover una adecuada comunicación y colaboración con las asociaciones de personas afectadas, escuchando, como mínimo, sus demandas e inquietudes (tal y como se hace con otras muchas enfermedades) y que fueron planteadas recientemente en el Consejo Regional de Salud de Castilla y León celebrado el pasado 30 de junio de 2006 a través de las organizaciones sindicales.”

Esta resolución fue aceptada parcialmente por parte de la Consejería de Sanidad quien nos indicó expresamente que no estimaba necesaria la creación de una unidad de referencia con la intervención de un equipo multidisciplinar sobre la base de la atención dispensada en aquel momento a los pacientes de FM.

Sin embargo, transcurridos casi cinco años esta Procuraduría sigue recibiendo múltiples quejas sobre la materia¹⁹ en términos casi idénticos a las de años precedentes (cada una con sus propias particularidades pero con una base común sobre la tardanza en el diagnóstico, la problemática de las listas de espera, el peregrinaje asistencial, la falta de una unidad de referencia que proporcione un tratamiento único a los pacientes, la importancia de las actividades formativas del personal de SACYL,... etc.) lo que nos ha llevado a iniciar la presente actuación de oficio en el año 2008 recabando información de diversa procedencia durante casi tres años. Esto necesariamente nos lleva a concluir que el modelo

¹⁹ 40, concretamente.



vigente en nuestra sanidad pública no da una respuesta adecuada a los pacientes de fibromialgia por lo que **nos vemos en la necesidad de reiterar los pronunciamientos ya hechos en años anteriores que hemos transcrito ut supra.**

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**:

PRIMERO.- Que por parte de la Consejería de Sanidad se valore la adopción de las medidas transcritas en el cuerpo de esta resolución dando así a los pacientes de fibromialgia de nuestra Comunidad Autónoma un trato similar al dispensado en otras partes del territorio nacional como salvaguarda del principio de igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria como plasmación del derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978.

SEGUNDO.- Que como medida prioritaria se valore la creación de una unidad de referencia en los términos antedichos y por las razones indicadas y, mientras tanto, se considere la posibilidad de remitir a nuestros pacientes de FM a unidades especializadas fuera de Castilla y León a fin de que éstos reciban un tratamiento adecuado a las peculiaridades de su dolencia.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique la aceptación o no aceptación motivada de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente

EL PROCURADOR DEL COMÚN,

Fdo.: Javier Amoedo Conde.