



Asociación ‘El Defensor del Paciente’

Premio “Pablo Iglesias” 2014 de la UGT
C/ Carlos Domingo nº 5 - C.P. 28047 Madrid
Telf.: 91 755 41 53 – 629 208 643
Telf.-Fax: 91 465 33 22
www.negligenciasmedicas.com
defensorpaciente@telefonica.net

MEMORIA 2014

Como todos los años, hacemos balance de los casos que nos han llegado a lo largo de 2014 por presuntas negligencias médico-sanitarias, tanto de la sanidad pública como de la privada. Lamentablemente, de nuevo el número de negligencias en España se ha incrementado ligeramente. Los datos no son nada halagüeños. Este año hemos recibido un total de **14.749 casos** (442 más que en 2013), de los cuales **835 han sido con resultado de muerte** (37 casos más que en 2013). Por el momento, dichos números los consideraremos como presuntos mientras que los Tribunales no dictaminen.

Hay sectores que piensan que las cifras que manejamos son desmedidas. Nada más lejos de la realidad. Si las Consejerías de Salud y el Ministerio de Sanidad dejaran de esconder sus fallos y facilitaran datos reales a la opinión pública, se vería que nos quedamos cortos. Sin alarmarnos, fijémonos en otros países y que cunda el ejemplo informando. A principio de 2014 la aseguradora germana AOK, publicó un informe estableciendo que alrededor de **19.000 personas mueren al año en Alemania a causa de errores médicos** en hospitales y otros **190.000 pacientes sufrieron perjuicios en su salud por la mala praxis** del sistema y los facultativos, mayoritariamente durante intervenciones quirúrgicas. Por lo tanto, los dígitos de ‘El Defensor del Paciente’ son una nimiedad.

Por otro lado, los criterios en los que nos basamos para realizar el cómputo son las vías que utiliza el paciente para exponernos su caso: vía e-mail a través de nuestra web www.negligenciasmedicas.com (con casi 70.000 visitas en 2014), vía telefónica y vía correo ordinario.

Debemos advertir que, como Asociación para la Defensa del Paciente, lo que recibimos son quejas, reclamaciones, deficiencias y negligencias, por lo tanto la visión que plasmamos a continuación es en base a ello. Nos debemos a la opinión del paciente y por supuesto al profesional sanitario que entiende nuestra labor, pues afortunadamente con el paso de los años cada vez son más.

OPINIÓN: La Reforma Sanitaria de 2012 sobre el alambre

Que la sanidad pública en toda España esté soportando un deterioro notable es una realidad consumada. Del mismo modo que los pacientes más graves, o ancianos, en definitiva, los más costosos, quedan en los centros públicos, mientras los más rentables se derivan hacia la sanidad privada concertada, con lo que, obviamente, se contribuye a menospreciar y encarecer la pública. También es una obviedad observar cómo se alargan los tiempos para acudir a las consultas o para intervenciones quirúrgicas. Y ahora, sumergidos en una crisis económica, se nos bombardea con insinuaciones perversas acerca de recortes, o de que el sistema es insostenible, o de racionalizar el gasto.

La **sanidad española necesita una profunda reforma** que haga viable su financiación a largo plazo. El sistema actual está plagado de imperfecciones que complican y dificultan la actividad médica. Cada día, saltan a la palestra en los medios de comunicación, titulares en los que observamos cómo gratuitamente se pone en juego la vida de las personas. He aquí algunas perlas de 2014:

“CATALUÑA OBLIGA A LOS MÉDICOS A MARCAR A LOS ENFERMOS TERMINALES PARA AHORRAR”, “Muere una niña del condado de Treviño tras serle denegada una ambulancia de Vitoria”, “SU CORAZÓN RESISTIRÁ DOS MESES Y LA ESPERA PARA OPERARSE ES DE NUEVE”, “Casi 50.000 camas hospitalarias desaparecen de los registros del Ministerio de Sanidad”, “ESPAÑA CAE AL DÉCIMOSEXTO PUESTO MUNDIAL EN NÚMERO DE MÉDICOS”, “Cataluña pretende implantar el cobro de 25 Euros por urgencia hospitalaria”, “LISTA DE ESPERA PARA EL TRANSPORTE DE ENFERMOS DE CÁNCER EN EL SUR DE TENERIFE”, “Alertan de un 100% de aumento en la lista de espera para tratamientos de radioterapia en el Virgen del Rocío”, “LISTA DE ESPERA DE 6 DÍAS PARA CITA CON EL MÉDICO DE FAMILIA”, “En mitad del colapso de las urgencias del hospital de Toledo, dos pacientes mueren en el pasillo”, “UNA ENFERMERA PARA VEINTE PACIENTES EN EL VIRGEN DE LA MACARENA”, “El personal del HUC firma declaraciones para no responsabilizarse ante la falta de medios humanos y materiales”, “MUERE UNA ANCIANA TRAS ESPERAR 20 HORAS EN URGENCIAS POR UNA CAMA EN EL MEIXOEIRO DE VIGO”, “Las enfermeras de urgencias de la Paz denuncian que no pueden garantizar la atención a los pacientes”, “DIEZ SÁBANAS PARA 30 PACIENTES”, “Fallece una mujer que pasó cuatro días en urgencias por falta de camas en Leganés”, “EL SERGAS NIEGA EL TRATAMIENTO QUE LE PRESCRIBIÓ EL ONCÓLOGO AL PACIENTE”, “Una nicaragüense fallece en el hospital de Toledo tras cuatro horas sin ser atendida”, “UN PACIENTE DE 81 AÑOS CON ICTUS PASA SEIS NOCHES EN URGENCIAS DEL GREGORIO MARAÑÓN A LA ESPERA DE UNA HABITACIÓN”, “La lista de espera para los médicos especialistas se dispara por los recortes”, “ENFERMERAS DE URGENCIAS DEL TXAGORRITXU DENUNCIAN EL RIESGO VITAL QUE CORREN LOS PACIENTES”, “El Sergas cita para el 2016 a una lucense de 68 años con un volante preferente por dolores en el útero”, etc.

2014 será un año marcado por la alerta sanitaria del Ébola a raíz del primer caso en España y en Europa. Ha quedado de manifiesto la **incompetencia de un Ministerio hueco**, el de Sanidad, para afrontar el asunto con solvencia y veracidad. La ministra perdió toda posibilidad de empatía con la ciudadanía mediante una rueda de prensa patética sobre el caso de la enfermera afectada de Ébola. En lugar de dar transparencia y rigor, despejar dudas e incertidumbre, por razón de una palpable improvisación asustó a

la población. Lo mismo que ocurrió años ha con el caso de las “vacas locas” en la estampa de Celia Villalobos (la ministra en funciones). Entendemos que no quieren ser alarmistas, pero la falta de información asusta. Es muy sencillo: voluntad de explicarse, y Ana Mato no la tuvo. Falló la supervisión directa en el período de máximo riesgo.

Nuestro país abrió portadas e informativos de todo el mundo, quedando en entredicho la credibilidad del sistema sanitario español. Qué mejor cortina de humo que el Ébola para de paso sacar a relucir las carencias de Ana Mato como Ministra de Sanidad. A toro pasado, parece ser que para nuestros dirigentes se actuó correctamente en vista de que no hubo **ninguna dimisión o cese** de unos responsables sanitarios que han demostrado sobradamente su incapacidad para dirigir nuestras instituciones sanitarias. Lo incoherente del asunto es que, finalmente, Mato dimitió “*por respeto a su partido*”. No por su lamentable labor como ministra, llevando a la práctica los recortes en Dependencia y Sanidad o excluyendo a los inmigrantes irregulares de la atención sanitaria, sino por el caso Gürtel.

La explicación a la nueva subida del número de negligencias médicas, en todo el Estado, la encontramos en la **línea de recortes establecida** por las distintas Administraciones Sanitarias, que han vuelto a cubrir el expediente a tijeretazo limpio, sin ser conscientes de la sombría calidad asistencial a la que tienen sometido al usuario de la sanidad: listas de espera kilométricas, servicios de Urgencias saturados, profesionales sobrecargados de trabajo y con salarios restringidos, cierre de plantas hospitalarias, tremenda presión asistencial, eliminación de tratamientos vitales por ser caros, etc. Algunos de los ejemplos y titulares de prensa anteriormente apuntados, no son las idóneos para desempeñar el acto médico. La pérdida de oportunidad terapéutica está a la orden del día. De este modo se puede entender el por qué se producen las negligencias médicas.

Al hilo de esto, en noviembre pasado se celebró en Madrid el 8º Congreso Europeo de Pacientes, en el que se abordó la temática del **poder que tiene el paciente dentro del sistema sanitario**. Las conclusiones fueron que su figura carece de poder a pesar de contar con una serie de derechos recogidos en la Constitución y en la Ley de Autonomía del Paciente. Pese a ello, el usuario de la sanidad, metafóricamente es un bebé que bajo el antojo de la Administración Sanitaria se le viste y desnuda sin que en muchas ocasiones se le explique e informe, porque según el médico, poco o nada va a entender. **El paciente es un ser indefenso** atado a disposiciones de terceros sin capacidad de maniobrar. Si le han de operar, su poder de decisión está coartado si no firma un consentimiento informado donde se refleja que puede pasarle de todo menos curarse, Si le causan un daño, está en su derecho de denunciar, pero ha de tener la suerte de que su caso recaiga en manos de un juez con conocimientos de medicina, y que finalmente no se incline del lado del más fuerte, que ante la duda es lo que suele pasar. Pero es que si los tribunales le dan la razón, por no tener poder, no puede publicar el nombre del médico que ha dañado su salud. Paradójicamente si fuera un maltratador o un delincuente su nombre sí puede figurar en el noticiero. Si es un médico no. Por ello, el paciente está coaccionado para reclamar y exigir sus derechos. Lo ideal sería, llevar a cabo **una reforma sanitaria** que ponga a las personas en el foco de atención.

Lo de **la universalidad y la gratuidad se esfumó** definitivamente hace unos cuatro años con la llegada de los recortes presupuestarios, período en el que la sanidad española ha perdido la friolera de más de **7.000 millones de euros**, convirtiendo un servicio básico en un negocio. De hecho, la última reforma sanitaria que se planteó mediante el **Real Decreto-Ley, que entró en vigor en abril de 2012**, con medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y mejorar la

calidad y seguridad de sus prestaciones, ha sido un verdadero fiasco, pasando del modelo universal al de aseguramiento, mostrando demasiadas lagunas y desigualdades entre comunidades al denegar el acceso a la sanidad a miles de personas, poniendo en riesgo sus vidas. Por consiguiente, léase cómo siguen produciéndose denegaciones de asistencia a menores de edad y embarazadas, facturaciones de la atención en urgencias, casos de pacientes con enfermedades crónicas sin seguimiento ni tratamiento, falta de control de enfermedades transmisibles e imposibilidad de detectar situaciones como la violencia de género, al no tener las personas inmigrantes acceso a la atención primaria. Lo cierto es que las medidas que ha manejado tal Decreto han sido incongruentes, discriminatorias y teñidas de desigualdad.

Y para muestra un botón son los datos de la OMS que hacen hincapié en **menos médicos, camas y hospitales en el territorio español**. De 39'6 médicos por cada 10.000 habitantes hemos pasado a 37, pasando del puesto 10º al 16º a nivel mundial. El ratio de camas también desciende de 32 a 31 por 10.000 habitantes, cuando la media europea es de 53 camas. Y en cuanto a personal de enfermería, la media en Europa es de 80'5 profesionales por cada 10.000 europeos, mientras que España está en solo 50'8.

Luego es evidente que, por esta causa, exista una **relación directa entre recortes y disminución de calidad asistencial con el aumento de las denuncias por negligencias** y errores médicos. El problema es que todo lleva una concatenación de consecuencias que van en cascada. Un recorte presupuestario, en medios humanos o materiales, conlleva que la atención sea deficitaria. Eso está claro. Cuando eso ocurre el efecto más brutal y directo es la posibilidad de que se está ejecutando una actuación que al enfermo le implique unas lesiones o una serie de patologías que no están relacionadas directamente con su enfermedad y que son fruto de una mala asistencia. Especialidades como oncología, cardiología, medicina interna o urgencias, son servicios muy sensibles que de atenderlos con demora los resultados pueden ser muy graves. **El fallecimiento de la niña de Treviño, en boca de muchos, es un ejemplo.**

Los recortes se han traducido en un incremento significativo de las denuncias que recibimos. El retraso en los tratamientos, la demora en las asistencias médicas, en las derivaciones a especialista y en la realización de pruebas diagnósticas es apabullante. En comparación con 2012, cuando se ejecutó la última reforma sanitaria, percibimos un aumento del 10 ó 15%. Ahora, de todas las reclamaciones que nos llegan, grosso modo, entre un 60 y un 70% son consecuencia de ello.

Para finalizar, **nuestra apuesta pasa por optimizar los recursos públicos y fomentar un sistema eficaz e independiente para que el paciente reclame sus derechos sin necesidad de recurrir a la vía judicial.**

Recortes: ECONOMIZAR el servicio sanitario sin recortar CALIDAD

La incapacidad de los gestores políticos, a nivel estatal y autonómico, sigue provocando el estancamiento y el deterioro del sistema: deuda gigantesca, burocratización, informatización deficiente y mal organizada, etc. **Se precisan ideas para economizar el servicio sin recortar calidad.** Sugerimos que, cuando se recurre a innobles argucias como nos tienen acostumbrados, se compare nuestro gasto sanitario por habitante con el de los países de nuestro entorno.

Después de tantos años remando de un lado a otro en el sector sanitario, dialogando con muchos pacientes, médicos, enfermeros, celadores, etc., nuestra experiencia nos lleva a la conclusión de que efectivamente **se puede mejorar**

ostensiblemente el servicio incluso con un presupuesto bajo. Planteamos un **cambio de modelo** que suponga mejoras en la actividad asistencial pública y no con el transvase de muchos millones de euros a centros privados. En un momento, en el que la sociedad en general clama un cambio ante la opresión de una crisis económica, imperan **soluciones nuevas.** Estas son nuestras propuestas:

1º.- El mayor ahorro, con sentido común, se conseguiría a partir de la **aplicación, con obligado cumplimiento, de la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente,** tanto en cirugías como en medicación, algunas caras como la quimioterapia. El médico debería explicar al paciente, de manera comprensible y pautada, los pros y los contras, de la intervención así como sus riesgos. En numerosos casos (por los asuntos que recibimos), la gente no se operaría porque no le merece la pena, con el consiguiente ahorro. Existe una visión generalizada de las personas que han sido víctimas de una negligencia médica en base a lo que nos relatan cuando contactan con nosotros, de que no sabían a qué se exponían y que **de saberlo no se hubieran intervenido.** Firman un consentimiento, sin saber, como algo mecánico. Los que operan lo hacen por múltiples razones: utilizan material caro por el que reciben prebendas, hacen sus estudios estadísticos o simplemente *“porque es su oficio”* como hace poco justificó un doctor en un juicio. Hay cirugías como las del pie (juanetes), espalda o determinados cánceres que a edad avanzada son muy discutidas y arriesgadas. Otras como una pancreatitis hay que ejecutarlas sí o sí. Los pacientes tienen derecho a saber esto, puesto que calculamos, que entre un 20 ó 30%, se reduciría la cirugía programada. **La mejor medicina no es la más intervencionista.** Los galenos realmente buenos solo intervienen si lo tienen claro. Imaginemos el montante económico que podríamos atesorar si solo se practicaran las operaciones necesarias.

2º.- Compra centralizada de material, medicamentos y su distribución directa en los centros sanitarios. A nivel autonómico ya se está planteado, aunque es evidente que si la centralización fuera a nivel nacional el ahorro sería mucho mayor.

3º.- Instaurar formas más eficientes de organización del trabajo en los centros sanitarios, por razón de un plan eficaz en la gestión de los recursos humanos. En los hospitales encontramos dos vertientes: personal que no da abasto y, por el contrario, gente que no tiene apenas ocupación. Esto nos lo han reconocido jefes de servicio de hospitales bajo “secreto de sumario”. Uno de ellos, hace poco nos decía que estimaba que al menos un tercio de su hospital “no daba un palo al agua”. Literal.

4º.- ¿Cuánto nos cuesta la lista de espera? Nadie se ha atrevido a verificar su coste laboral, social, emocional, etc. La mayoría estamos convencidos de que es carísima. Habría que evaluar su verdadera cuantía, para llegar seguramente a la conclusión de que si no existe nos saldría mucho más barata. Por ello, abogamos por **una unión de lazos entre Ministerio de Sanidad y Ministerio de Trabajo** a objeto de dar con una solución.

5º.- La creación de una normativa que controle íntegramente las agendas de la lista de espera (quirúrgica, diagnóstica y de consulta), por parte del Ministerio de Sanidad, para evitar el monopolio de manipulaciones que tienen tejido la mayoría de las Consejerías de Salud.

6º.- Existe un hecho a nuestro modo de ver bastante serio, en el que se precisa un control exhaustivo. Nos referimos a la **libertad de la que disponen los cirujanos para implantar prótesis** (cadera, rodilla, etc.). Ponen las que quieren sin control

presupuestario. Como en todo, las hay más caras y más baratas, pero todas están homologadas. La diferencia de precio es enorme. Esta forma de actuar, podría hacer sospechar una ilícita contraprestación a favor de los profesionales sanitarios por parte los laboratorios con prótesis de precio más elevado. Por lo tanto, hay que imponer, dentro de las homologadas, las más baratas.

7º.- Auditar verdaderamente quién gana con la cadena de gasto en cualquier capítulo y en concepto de qué. Alguien independiente, externo al sistema tendría que preguntarse por qué suceden negocios como los de las prótesis. **Nos saldría más barato que los médicos cobraran más y fueran más honrados.**

8º.- Incrementar el PIB (Producto Interior Bruto), como mínimo 1 punto y destinarlo a Sanidad, con la pretensión de adoptar medidas tales como: el aumento presupuestario de un 15% en personal y medios técnicos, el aumento de un 20% de camas hospitalarias sobre las ya existentes, etc.

9º.- Implantar la dedicación exclusiva en la sanidad pública, eliminando el pluriempleo de médicos que trabajan a la vez en la pública y en la privada, originando el incumplimiento de horarios.

10º.- Inspección profunda a las mutuas de trabajo, que sistemáticamente, se desentienden de muchos de sus trabajadores a los que tienen asegurados cuando sufren un accidente laboral, derivándolos a la pública justificando de forma infundada que lo que sufren son enfermedades comunes.

Todas estas ideas, creemos que son más que suficientes para desmontar la coartada de la crisis y el malévolo argumento que se da al ciudadano con el discurso de "no hay dinero".

Recapitulando, no nos creemos que nuestros mandatarios sanitarios desarrollen paulatinamente, año tras año, **políticas de gestión financiera tan nefastas**, por lo que es probable que exista un doble fondo en todo este meollo, para que **de forma interesada se favorezca el auge de la privada.**

Seamos coherentes, la sanidad, al igual que la educación, es un bien público y preferente, con denominación de origen, y que debe estar exenta de cualquier recorte, canon u otro tipo de prima que minimice los recursos existentes, que ya de por sí son escasos. El sistema sanitario español, en el que tanto la financiación como la provisión son públicas, no siempre responde favorablemente a las demandas y preferencias de los pacientes, pese a que debería cubrir razonablemente las necesidades sanitarias.

Es **inexplicable el empeño, por parte de lo políticos, en hacernos creer que el sistema no es sostenible. ¿Tan mal estamos para recortar en sanidad?** Dejémonos de tonterías, **el copago no es más que una invención** que los gobernantes utilizan para recaudar atacando el bolsillo de los ciudadanos con ingresos más bajos. El quid de la cuestión es la **mala gestión de los recursos sanitarios y sus inversiones sin sentido.** ¿Quién controla los gastos inútiles que genera la sanidad pública sin que se aporte un beneficio efectivo al paciente? ¿No sería más rentable una buena gestión y una mejor eficiencia de los recursos? El copago es algo económicamente baldío, sanitariamente peligroso y conceptualmente ilegal, al que los mandatarios nos han arrastrado porque sus ideas no dan más de sí, escudándose durante los últimos años en una política de recortes constantes que ha generado una mayor incertidumbre sobre nuestro futuro, y de igual modo, agravando nuestros problemas en lugar de solucionarlos a base de

propuestas que conjeturan un severo correctivo, deteriorando al mismo tiempo, los servicios públicos hasta cotas insospechadas.

Lo que ha quedado de manifiesto es que **ni el copago sanitario ni la privatización hospitalaria han conseguido ser fuentes de ahorro, todo lo contrario.**

Es más, en relación con este asunto, el Tribunal Constitucional, en el mes de mayo, declaró la **inconstitucionalidad de la imposición en Cataluña del “euro por receta”**. La sentencia emitida indica a las claras que la financiación de la sanidad es una competencia básica del Estado, donde no cabe *“el establecimiento de una tasa como la controvertida, que altera, haciéndolo más gravoso para los beneficiarios, el régimen de participación en el coste previsto”* por la ley, estableciendo además, que *“el Estado garantizará en todo el territorio español el nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales de su competencia”*, entre los que se encuentra la sanidad.

Pero no solo el territorio catalán se ha llevado un revés judicial, ya que en Madrid, el Tribunal Superior de Justicia resolvió mantener la medida cautelar, tirando **por la borda el proceso de gestión privatizadora de seis de sus hospitales públicos**, llevándose por medio la figura de su anterior Consejero de Salud, Javier Fernández-Lasquetty, que abandonó el cargo ante el fracaso. Estamos hablando de una operación que conllevaría transacciones económicas de más de 4.500 millones de euros, lo cual vuelve a hacernos sospechar del bendito negocio, en el que nuestros gobernantes han cristianizado el mundillo sanitario. La Sección Tercera consideró, que dadas las circunstancias que concurren y que pormenorizadamente se exponen en las tres resoluciones dictadas, de no aceptarse tal medida de suspensión, se podrían producir perjuicios de difícil o imposible reparación.

Resumiendo, **no tendremos mejor gestión hasta que tengamos mejor política.** Las medidas establecidas por las Comunidades Autónomas no han resuelto la **quiebra de universalidad del derecho humano a la Salud.**

URGENCIAS. Pilar sanitario sin infraestructura para su uso adecuado

Los colapsos en los Servicios de Urgencias Hospitalarias son el buque insignia del SNS. Se debate largo y tendido sobre si los pacientes sabemos o no utilizarlos de manera correcta. O se dice que, en muchas ocasiones, acudimos a ellos sin necesidad. El problema perdura y las causas a analizar son múltiples. En medicina es primordial realizar un diagnóstico certero para poder efectuar un correcto tratamiento, por lo que esta problemática se debe abordar de una manera amplia, evitando caer en análisis sin fundamento que pueda conllevar soluciones desatinadas.

En este sentido, el paciente ha de saber que si enferma y ha de acudir a ellos, el tipo de atención que recibirá, variará dependiendo de la hora a la que acuda, si es fin de semana, o si es de día o de noche.

Desde hace años venimos observado un incremento considerable de **errores de diagnóstico** en este servicio. A veces por el colapso, y otras tantas por las horas de guardia a las que se ven sometidos los profesionales, que merman la calidad asistencial.

Dicho lo cual, entendemos que es apremiante buscar soluciones como la **creación de la especialidad de Urgencias.** De este modo el profesional estará formado y podrá responder con garantías a todas las necesidades inminentes del sistema, disminuyendo de esta manera los errores que se originan en un servicio de elevada

demanda asistencial. De hecho, el colectivo de jefes y responsables de Urgencias y Emergencias de la red hospitalaria española lo lleva exigiendo de manera continuada sin que el Ministerio de Sanidad mueva ficha, y eso que 18 países europeos y más de 70 países en el mundo cuentan con esta particularidad.

Otra de las ideas para solventar la saturación, sería **apostar por una mayor dotación del personal de enfermería**. La enfermera de atención primaria atiende y resuelve muchos problemas de salud urgentes: resfriados, heridas, pequeñas infecciones, etc. Su eficacia y seguridad están demostradas y, además, contamos con las mejores del planeta. Gracias a ellas la atención primaria de nuestro país ha mejorado notablemente. No se trata de que las enfermeras sustituyan a otro profesional sanitario, sino que desarrollen sus competencias para descongestionar el servicio y ayudar a los pacientes.

La Administración Sanitaria debería asumir su error en la gestión partiendo de cómo organiza y distribuye los recursos humanos y materiales. La perspectiva se traduce en una falta de control y previsión. Por lo tanto, otra de las enmiendas sería **potenciar la Atención Primaria**, dotando de mayores infraestructuras a sus profesionales, así como a los centros de especialidades a objeto de prestar atención en festivos o atender urgencias menores.

No sería descabellado empezar a **impartir educación sanitaria** en los centros de enseñanza, si nos fijamos en los buenos resultados que por ejemplo ha demostrado la educación vial. Sería una gran idea para hacer un uso adecuado de un pilar sanitario tan importante como son las Urgencias. De momento, nuestros gestores sanitarios ni se lo plantean. Su instauración estimamos que no supondría un gasto sustancioso y a la larga el ahorro estaría garantizado. En otros países ya se imparte como complemento a la educación básica, pero aquí, como en casi todo, vamos a remolque.

Ahora bien, lo que no vamos a tolerar, bajo ningún concepto, es que desde determinados sectores médicos se inculpe al paciente, de forma metódica, por no saber hacer un uso correcto. Como si el enfermo quisiera acudir porque sí. Por eso nos parece inadecuado el planteamiento que la Organización Médica Colegial (OMC) de querer penalizar a las personas que hagan una mala utilización de los servicios sanitarios, cobrándoles una cantidad de dinero. Las afirmaciones que hizo su Presidente, Rodríguez Sendín, las consideramos poco afortunadas: *“cuando la gente no se retira de la lista de espera aunque haya sido atendido, cuando la duplica intencionadamente y ocupa espacio, cuando no va a recoger las pruebas diagnósticas, o cuando va a Urgencias y no a su centro de salud”*. Lo que debería analizar este señor es por qué el paciente acude numerosas veces a Urgencias en lugar de al médico de cabecera. Además, muchos profesionales no están de acuerdo con sus pretensiones porque amenazar con el cobro no es decente ni humano.

La culpa de los colapsos siempre la tiene el paciente. En invierno es la ola de gripe y frío. En verano es el cierre de camas. Se inventaron las excusas, se acabaron los errores para la administración sanitaria. La realidad es que **no existe una infraestructura correcta para utilizar bien las Urgencias**, porque **si solicitamos cita en el médico de familia nos dan para 6 días**.

Sería muy interesante saber qué opinión tienen los dirigentes sanitarios, sobre algunos casos graves y relevantes, de los que tuvimos conocimiento a lo largo de 2014: *“Las enfermeras de La Paz llevan a los tribunales la saturación de las Urgencias”*, *“Vall d’Hebrón destituye al jefe de urgencias que denunció el colapso”*, *“Muere una anciana tras esperar 20 horas en Urgencias del Meixoeiro Vigo por una cama”*,

“Fallece una mujer que pasó cuatro días en Urgencias del Hospital Severo Ochoa por falta de camas”, “Un paciente de 81 años con ictus pasa seis noches en urgencias del Gregorio Marañón a la espera de una habitación”, “Enfermeras de Urgencias del Txagorritxu denuncian el riesgo vital que corren los pacientes”, “Denuncian una nueva muerte en Urgencias del Hospital de Toledo sin ser atendido por falta de camas”, “Las Urgencias del HUC gritan socorro”, “La presión asistencial en Urgencias desborda los hospitales tinerfeños”, etc.

Para concluir este apartado, como hacemos de forma habitual todos los años, a continuación mostramos un listado, de los Hospitales que más reclamaciones hemos recibido de sus servicios de Urgencias. Incidamos en un dato del Hosp. La Paz (Madrid), el más reclamado este año: **en 2008 sumaba 303 camas más que en 2014.**

- 1º. **Hospital Universitario La Paz** (Madrid)
- 2º. **Hospital Universitario de Canarias (HUC)** (Sta. Cruz de Tenerife)
- 3º. **Hospital Universitario de Cruces** (Vizcaya)
- 4º. **Complejo Universitario de Vigo – CHUVI** (Pontevedra)
- 5º. **Hospital Virgen de la Salud** (Toledo)
- 6º. **Hospital Universitari Vall d’Hebron** (Barcelona)
- 7º. **Hospital Universitari La Fe** (Valencia)
- 8º. **Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca** (Murcia)
- 9º. **Hospital Universitari de Bellvitge** (Barcelona)
- 10º. **Complejo Hospital San Pedro** (Logroño)

Las LISTAS de ESPERA en encefalograma plano

Las listas de espera continúan teniendo consecuencias negativas en la salud de los ciudadanos. **Ninguna comunidad puede presumir de las suyas.** Perder la salud y padecer alguna enfermedad que obligue al paciente a ingresar en un hospital se dibuja como un panorama intranquilizador con nubarrones negros. Caer enfermo con una determinada gravedad se le une tener que esperar más tiempo del prudencial, que en parámetros normales se debe, para ser intervenido o realizar las pruebas diagnósticas pertinentes.

Por este motivo, la incertidumbre del futuro de nuestra salud se ha convertido en una lastra social. Hoy en día, **una cantidad considerable de españoles está perdiendo sus puestos de trabajo por culpa de las listas de espera**, ya que numerosos empresarios, en beneficio de sus intereses, están despidiendo a empleados por estas circunstancias.

Los números de las listas de espera siguen en máximos históricos a pesar de las triquiñuelas, aunque con un leve descenso apenas significativo. Según nuestras estimaciones, **en la actualidad, 598.750 pacientes se encuentran a la espera de una intervención quirúrgica. Y la demora media para las operaciones alcanza ya los 96 días.** Los dígitos que nosotros barajamos, difieren en parte de las que esgrimen tanto las Consejerías de Salud como el Ministerio de Sanidad. Nuestros cálculos son el resultado de la información que la administración sanitaria facilita al respecto, contrastándolos con los casos que se nos denuncian y con nuestras fuentes de información (diferentes sectores y colectivos médicos).

Las cifras que publican las Consejerías de Sanidad están totalmente politizadas. De cara a la opinión pública, es impagable un artículo de prensa a toda página que titule,

en negrita y subrayado, que los pacientes no tardan más de un mes en ser operados. Como si fuera coser y cantar. La trampa que hacen la mayoría de las Comunidades Autónomas, es que de un plumazo, **no computan la demora para diagnóstico y especialista**, y ese es el caballo de batalla. Para que un paciente sea intervenido, en muchas ocasiones, **tranquilamente puede aguardar de 6 meses a 3 años**. Durante este período el afectado puede ir de puerta en puerta, entre consulta con su médico de cabecera, derivación al especialista, pruebas diagnósticas, cita de nuevo con el especialista para valorar su diagnóstico, inclusión en la lista de espera e intervalo añadido hasta ser llamado para la cirugía.

De un tiempo a esta parte se ha puesto de moda hacer política con las cifras. Es llamativo, cómo los partidos de la oposición tiran de números, que ni por asomo, concuerdan con los de que gobiernan. Y con ese debate dialéctico, de sumas y restas, andan a la gresca enzarzados desmintiéndose continuamente los unos y los otros.

De ahí, muchas CCAA para cuadrar números, se sacan de la chistera dos listas que originan desacordes y desequilibrios en el cómputo total de pacientes: **la lista de espera estructural y la lista de espera no estructural**. La primera, engloba a todos los pacientes que en un momento dado se encuentran a la espera de pasar por el quirófano, y dicha espera es aplicable a la organización de los recursos disponibles, clasificándolos en pacientes programables y pacientes en derivación (los que aceptan la opción de ser intervenidos en un centro concertado). La segunda, incluye a los que declinan ser derivados fuera de la pública, los que por razones clínicas no se recomienda la intervención en ese preciso momento y los que alegan motivos personales.

Las Consejerías de Sanidad, bajo la mirada impasible del Ministerio de Sanidad, no tienen reparo en manipular la enfermedad y el dolor de los pacientes en función de sus conveniencias.

Sinceramente cuesta creer que en lugar de buscar fórmulas para solventar la lacra de la lista de espera, se tenga por finalidad tergiversar con tal de ofrecer a la opinión pública unas cifras menores en correlación al curso pasado. Está comprobado, que las medidas habituales en el Sistema Nacional de Salud (SNS), como son el aumento aislado de los recursos y las derivaciones a la sanidad privada, no resuelven nada.

Por ello, ante el fraude que envuelve a todo este desbarajuste, nuestra propuesta sería la **creación de una Comisión especial, dentro del Ministerio de Sanidad, para analizar y ofrecer soluciones a las listas de espera sanitarias**. La máxima pretensión sería garantizar la equidad y racionalidad. De este modo, se conocerían realmente los guarismos de demora y se aportarían ideas para solventar la terrible papeleta, frente a la descarada manipulación existente. Por ejemplo, entre los sanitarios existe la mala costumbre de marcar expedientes médicos como “preferentes” en lugar de “urgentes”. Lo ideal, sería encontrar el **equilibrio entre priorizar e intervenir en el menor tiempo posible**. Frente a tanta disparidad, el Ministerio, haciéndose notar de una vez por todas, y demostrando que sirve de algo, debería sentar las bases para unificar los criterios de gestión de las listas de espera quirúrgicas y asistenciales.

A partir de echar el freno a tan embarazoso descontrol, se podrían activar otra serie de **propuestas**:

- Establecer prioridades revisando los protocolos y examinando la ratio de primeras consultas y sucesivas de las agendas hospitalarias, así como la ratio de actividad quirúrgica.

- Aumento de actividad con asignación de quirófanos supletorios, así como su utilización en horario de tarde, además de adecuar el número de camas y medios diagnósticos a la demanda.
- Optimizar la comunicación entre Atención Primaria y Especializada, para evitar duplicidad de pruebas.
- Fomentar la cirugía y la práctica de pruebas diagnósticas a nivel de ambulatorio.
- Formalizar las premisas quirúrgicas y la situación del paciente dentro de las listas en función de la gravedad de su estado de salud.

Mientras nada de esto entre en vigor, nuestro consejo para aquellas personas que sufran los daños colaterales originados por una lista de espera seguirá siendo el mismo. Lo más oportuno es que realicen una reclamación escrita mediante **buofax (con certificado de contenido)** desde una oficina de Correos. La misma ha de ir dirigida a la atención del Consejero de Salud de su Comunidad Autónoma o del Director Médico de su hospital, explicando su situación. Al final deberá advertir que dado que su estado de salud se está agravando como consecuencia del tiempo de demora, solicita que sea atendido o intervenido a la máxima brevedad, o **en caso contrario de que sufra una pérdida de oportunidad terapéutica será responsabilidad de ellos** y se verá obligado a emprender otro tipo de acciones como la denuncia pública y judicial.

Por otra parte, entrando en materia de análisis región por región, incidimos en que sería importantísimo que el Ministerio de Sanidad creara la Comisión especial a la que antes hacíamos alusión, para de ese modo obligar a las Consejerías de Salud, a que periódicamente ó cada 6 meses, informen a los ciudadanos sobre el promedio de espera, pacientes pendientes de operación, etc. La realidad es que muchas no lo hacen con el afán de ocultar que han aumentado por culpa de los recortes.

A nuestro modo de ver, las peor posicionadas son **Castilla-La Mancha, Cataluña, Canarias y Madrid**. E igualmente cabe destacar el notable empeoramiento que han sufrido comunidades como **Murcia y Asturias**.

Como decimos, **Castilla-La Mancha** va de mal en peor desde la llegada de Cospedal. Su estrategia se ha cimentado en recortar derechos, más copagos, cierre de camas hospitalarias y 4.000 sanitarios menos. Esgrimiendo estas pesquisas no es de extrañar que las listas de espera sean las grandes damnificadas dentro de un modelo fragmentado. Llama poderosamente la atención que en 2011 fuera una de las mejores autonomías en este aspecto, y pasados tres años, se haya convertido en la peor. Los datos son reveladores: 150 días de tiempo medio de espera para operaciones y casi 45.000 pacientes aguardando ser intervenidos. Situación que contrasta con la externalización de servicios, quirófanos cerrados en hospitales públicos, camiones de empresas privadas realizando resonancias magnéticas en las puertas de algunos centros sanitarios o el envío de pacientes a otras regiones. Es más, el SESCAM en 2014 ha comenzado a **derivar pacientes** con largas demoras para ser intervenidos a clínicas privadas de la **Comunidad Valenciana o Madrid**, porque según ellos es “más económico”. Es la oferta que se proporciona a los afectados, pero el que rechaza esta posibilidad, pierde su turno y tiene que volver a empezar de cero. **Un negocio en toda regla**, regalando dinero público a sociedades privadas. Los números son ficticios, el SESCAM incumple su normativa no ofreciéndolos de manera nítida y cuando sus responsables quedan retratados como en lo acontecido con las 7.000 citas médicas “escondidas” en cajones del Hospital de Ciudad Real, alegan que el error se debe a un problema en la transcripción del programa informático. Sin comentarios.

Canarias va a la par con la comunidad castellano manchega en promedio de días para cirugía: 150. Aparte de que son unos 30.000 canarios los que engrosan la lista quirúrgica. La Oficina en Defensa de los Usuarios Sanitarios del Gobierno de Canarias puede dar fe, puesto que los retrasos asistenciales son el motivo principal de las quejas que recibe. Cabe señalar, que aunque está entre las peores, ha bajado por primera vez desde 2010 en la mayoría de los hospitales del Archipiélago. Pero la **falta de transparencia** ha sido categórica pues las estadísticas por parte del SCS se ofrecen sesgadas y a cuenta gotas. Como en otras zonas la manipulación es habitual, pues desde que un paciente acude al médico con un problema de salud, puede transcurrir un año o más hasta que se solventa. Así, las especialidades que más retardo acumulan en los quirófanos son cirugía digestiva, oftalmología y traumatología. El HUC y la Candelaria son los centros hospitalarios tinerfeños que registran los retrasos más abultados, sin embargo, el Insular grancanario, con **280 días de espera media quirúrgica** se lleva la palma.

Continuando con el repaso, otra de las peores es **Cataluña**. 80.000 pacientes permaneciendo a ser operados, con un retraso medio de 120 días. Son reseñas más que suficientes para corroborar que la sanidad catalana se encuentra ante un tremendo déficit a raíz de los ingratos tijejetazos presupuestarios. La opacidad con la que actúa el Conseller de Salut de la Generalitat, Boi Ruiz, ha sido una constante para maquillar las cifras incumpliendo los plazos asegurados. Su gestión como máximo responsable sanitario está siendo paupérrima, siempre justificando el que se disparen por los ajustes monetarios. Es incomprensible que permanezca en el cargo desde 2010. Sin salvedad, **todos los hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS) superan los tiempos máximos** de 6 meses. Los derechos y otras opciones brillan por su ausencia, para los enfermos que superan el período fijado legalmente. Aún así está por ver el último compromiso de la Generalitat, que dice que **a partir de 2015 se garantizará por ley una demora máxima para todas las intervenciones quirúrgicas** a las que deban someterse los catalanes. Nos parece otro ejercicio esotérico, como el de hace un par de años cuando aprobaron un nuevo cálculo, que en realidad lo que hacía era retocarlas, retrasando la inclusión del paciente, especialmente en las tres intervenciones que acumulan mayor letanía: oftalmología, prótesis de cadera y rodilla.

En relación a **Madrid** este año hemos podido apreciar una tendencia al alza del volumen de pacientes, 7.000 más que en 2013, acumulando la peor lista de espera de la última década. Todo es fruto de una política de recursos humanos discordante: precariedad de las contrataciones, reducción de efectivos, bajadas salariales, etc. Sería conveniente una auditoría externa, debido a que hay patologías que sobrepasan los 120 días. Sin embargo, cuando el afectado reclama, se le sugiere operar en breve, si acepta la oferta de un **catálogo de hospitales privados** (Montepríncipe, San Francisco de Asís, Los Madroños, Cruz Roja, Clínica Santa Elena, Clínica Moncloa, Clínica Fuensanta, Clínica Santa Cristina, Clínica San Camilo, Clínica La Luz, etc.). Otra argucia atañe a los tiempos abultados para tratamientos de rehabilitación pese a ser fundamental efectuarlos con precocidad. Ahora en tiempo preelectoral está de moda, por ejemplo, lo que está sucediendo en el servicio de rehabilitación del Puerta de Hierro citando para dentro de 6 meses. La trampa consiste en que a los citados en Mayo y Junio de 2015, se les está adelantando la cita por delante de los de Enero. Esto supone una **lista de espera camuflada**, ocasionando la saturación de los rehabilitadores, sin tiempo suficiente para atender correctamente y bajo un estrés incesante que puede dar lugar a errores médicos.

Capítulo aparte merece la **Región de Murcia**. Es la que más ha empeorado de un año a otro, clara muestra de que en este apartado se encuentra enquistada. Así se explica que el Servicio Murciano de Salud no publique los recuentos semestralmente.

Pese a que existe un decreto regional que obliga a ello, el SMS a finales de 2014 todavía no había ofrecido datos en todo el año. Es **la táctica de la ocultación**, privando a la ciudadanía de información y evadiendo responsabilidades. Sin dar la cara se dan todo tipo de excusas para no publicitar unos guarismos, a buen recaudo, escondidos dentro del armario, que suben como la espuma. Al menos la Consejera de Salud, Catalina Lorenzo, ha reconocido que los datos no son halagüeños. En torno a más de 30.000 murcianos están pendientes de pasar por el quirófano con una dilación media de 120 días. Ó lo que es lo mismo: 2.000 pacientes y 25 días más respectivamente que el curso anterior. Otro apunte crucial es que en un año se haya duplicado el número de pacientes que esperan más de 6 meses para operarse. Cirugía general y oftalmología son las áreas que padecen mayores retrasos.

En otro orden de cosas, los registros de **Andalucía** se eternizan como pésimos. No mejoran ni por asomo. Apenas varían con 95.000 pacientes aguardando cirugía, aunque el período medio se ha reducido en diez días, estableciéndose en 85. El SAS debería aplicarse la disyuntiva de **a más inversión menos espera**, así como homogeneizar el número de profesionales en cada sector para reducir las demoras. Nos encontramos ante otra comunidad que ha estado **más de un año para publicar sus dígitos**, aunque cuando en julio, los presentó su Consejera de Salud, María José Sánchez Rubio, pudimos percatarnos de que estaban acicalados, puesto que de pruebas diagnósticas y cita con el especialista no aclaró absolutamente nada. Una gestión en la picota puesto **que la región andaluza es de las últimas** en: gasto sanitario por habitante, número de enfermeras, ratio de médicos, tasa de camas, etc. Cabe destacar, que Málaga es la provincia andaluza con peor lista de espera. Oftalmología, artroscopias, cirugía torácica y máxilofacial son las patologías que presentan mayor número de enfermos.

Continuando con el examen, las cifras también son irrefutables en **Extremadura** con 100 días de media para intervención y 21.000 extremeños engrosando la lista quirúrgica. El punto débil lo encontramos en traumatología, neurocirugía, urología y oftalmología. De nuevo nos topamos con otra autonomía donde la situación es caótica por la falta de recursos económicos. **La sanidad extremeña es la que mayor recorte sanitario sufre**. Cómo no van a ir de mal en peor sus listas de espera. El plan de choque ideado por el SES, conocido como 'Estrategia 2014', ha resultado estéril e ineficaz. Fundamentado supuestamente en reforzar las plantillas (incrementando contrataciones en lugar de efectuar las conocidas peonadas), los efectos han sido infructíferos. La repercusión ha sido mínima pues los máximos históricos se mantienen. Incluso hay quirófanos como el del Hospital de Plasencia que son meros convidados de piedra.

Aragón también suspende con un panorama funesto, prácticamente idéntico al de 2013. El Consejero de Salud, Ricardo Oliván, ha estado despejando balones todo el año, a base de mutismo o pretextos insolentes como que las cantidades son equivalentes a las registradas en otras épocas y con anteriores gobiernos, con tal de no desvelar los números hasta que no le quedó más remedio. Algo impropio de alguien que, siendo el máximo cabecilla de la sanidad aragonesa, debería informar con nitidez a sus ciudadanos. Los guarismos no son alentadores: 26.800 aragoneses esperan ser avisados para cirugía, de los cuales **4.000 llevan más de seis meses**, aunque la dilación normal suele ser alrededor de 80 días, principalmente en traumatología, oftalmología, cirugía general y digestiva. De hecho, el Justicia de Aragón ha recriminado dicha disposición en vista del crecimiento de las reclamaciones, instando la adopción de medidas inmediatas, sobre todo haciendo hincapié en las intervenciones de cirugía mamaria. Como antítesis a esta perspectiva ascendente, que origina el tambaleo de la silla del Consejero, Aragón se gastará el próximo año 123 millones de euros en pagar a sus

sanitarios mediante complementos salariales por productividad. Y de igual modo destinará otro millón y medio de euros para pagar a clínicas privadas que reforzarán el plan de choque. Ponemos en duda si será una decisión acertada.

Otra que tampoco aprueba es **Asturias**. Ha empeorado de forma estrepitosa. El bajón ha sido considerable, debido a que ni la lista de espera quirúrgica, ni la de pruebas diagnósticas cumplen con los decretos de garantía de plazos fijados en cuanto a respuesta asistencial. Es más, nos aventuramos a aseverar, sin ningún tipo de tapujo, que están **parheadas al igual que el resto**. La situación actual de los hospitales de la región es de **caos organizativo**. Hemos observado cómo se sacan enfermos el día antes de que el titular sanitario del Principado, Faustino Blanco, facilite las cifras y a los pocos días se les vuelve a reintroducir. Actualmente ya son casi 20.000. Otro artificio del que nos hemos percatado, por las reclamaciones recibidas de los asturianos que se hallan en este compostura, es que se les oferta operarse en un hospital distinto al suyo y si aceptan, se traslada su historia clínica al otro hospital, donde figura como que la espera se inicia de nuevo, pero **si el paciente no acepta pierde la antigüedad**. Este truco revela que el descenso de pacientes con una dilación de más de 6 meses no vaya acompañado de una reducción proporcional del número total de los que engloban la lista. De ahí el notable incremento del transcurso a la hora de pasar por el quirófano de 75 a 92 días. Los máximos retrasos los encontramos en traumatología, cirugía ortopédica, cirugía general y oftalmología.

En la zona templada de este vericuetto confluyen tres comunidades que coinciden en varias similitudes. Nos referimos a **Castilla y León**, **Galicia** y la **Comunidad Valenciana**. Se da la circunstancia en las tres, que habiendo sobrepasado de forma acentuada los parámetros normales de días para operación (95, 92 y 70 respectivamente) **han conseguido reducir considerablemente el número de pacientes pendientes de pasar por el quirófano**. De este modo, la Comunidad Valenciana ha pasado de 54.000 a 48.600, Castilla y León de 39.500 a 32.800 y Galicia de 38.000 a 34.400. Pero no todo el monte es orégano. En los tres casos la radiografía se muestra en **tela de juicio por el archiconocido maquillaje** con demoras inaceptables. Las especialidades que superan con creces los tiempos apuntados en la Comunidad Valenciana son: prótesis de cadera, cataratas y varices. En Castilla y León: urología, traumatología y oftalmología. Y en Galicia: cirugía pediátrica, traumatología y neurocirugía.

Al igual que las tres regiones anteriores, **Baleares**, **Cantabria** y **Navarra** conforman otro tridente que también ha conseguido **mejorar sus cuantificaciones aunque en menor medida**. Por consiguiente, Baleares ha reducido el número de pacientes aguardando cirugía de 16.200 a 13.200, Cantabria de 10.000 a 9.300 y Navarra de 10.000 a 9.400. Igualmente la demora media para intervención también ha descendido. Así la balear ha bajado de 109 a 95 días, la cántabra de 107 a 90 y la Navarra de 102 a 80. Las patologías que mayores prórrogas acumulan en todas ellas son: traumatología, y cirugía general. Mención especial dentro de este grupo merece el servicio de oftalmología del **Hospital García Orcoyen de Estella** (Navarra) que ha logrado el **premio a la calidad en los servicios públicos** del Gobierno de Navarra por el modelo que han utilizado para la reducción de las listas de espera.

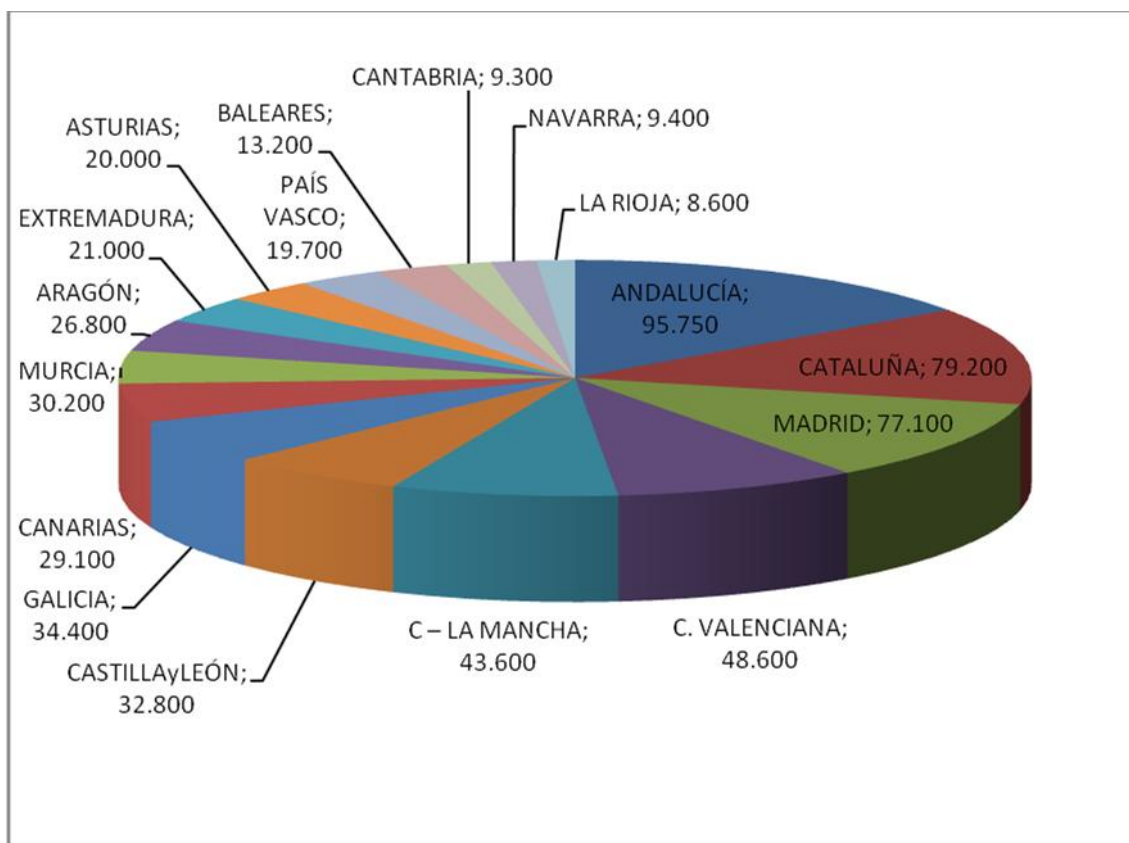
Concluyendo, al igual que en 2014, solamente podemos dar el visto bueno a la gestión del **País Vasco** y **La Rioja**.

Como punto y final, la falta de rigor de las Consejerías de Sanidad es palpable. Cortadas todas con el mismo patrón endulzan los datos y públicamente, sin ruborizarse,

se jactan de sus logros. La mayoría abusan de agendas cerradas, fracasando en los retrasos de pruebas diagnósticas, operaciones y citas con el especialista.

En definitiva, ponemos la rúbrica con una de nuestras máximas: **las listas de espera son un atentado contra la salud y la integridad física de las personas.**

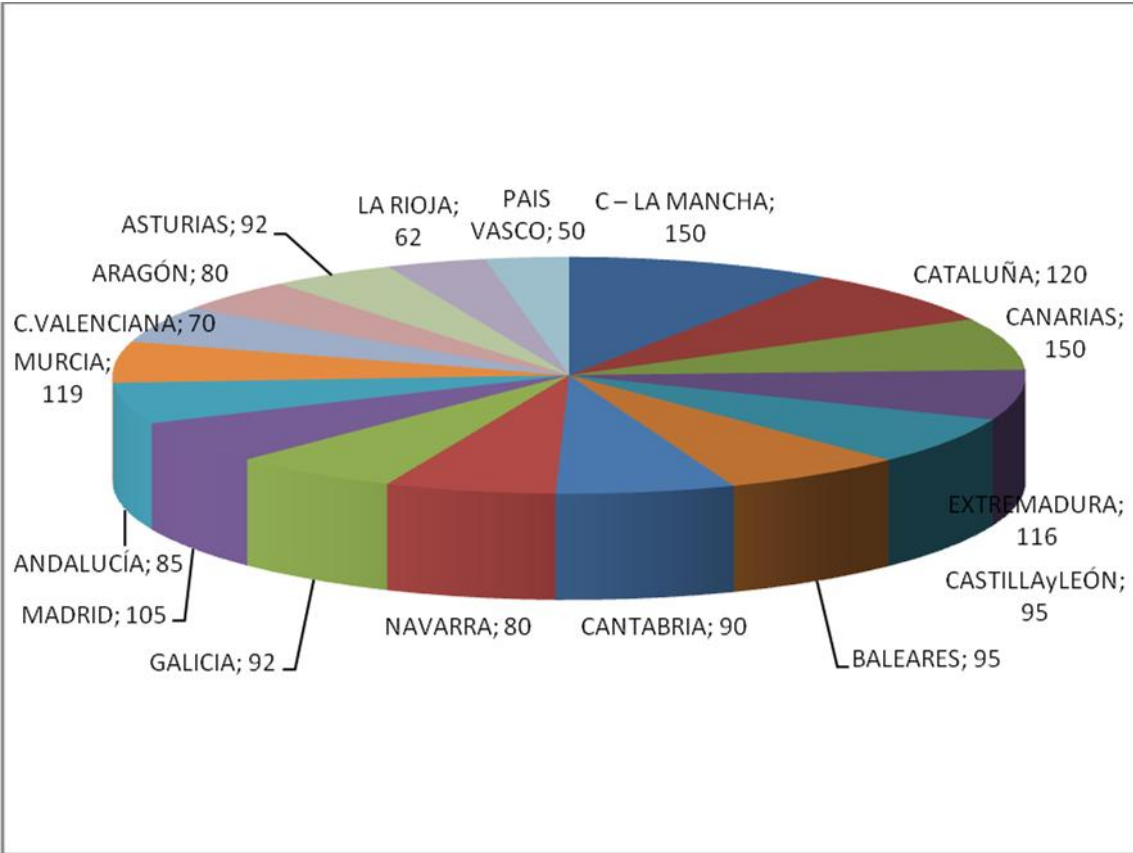
598.750 PACIENTES en LISTA de ESPERA QUIRÚRGICA - 2014



COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº de PACIENTES en LISTA ESPERA
ANDALUCÍA	95.750
CATALUÑA	79.200
MADRID	77.100
C. VALENCIANA	48.600
C - LA MANCHA	43.600
GALICIA	34.400
CASTILLA y LEÓN	32.800
MURCIA	30.200
CANARIAS	29.100
ARAGÓN	26.800
EXTREMADURA	21.000
ASTURIAS	20.000
PAÍS VASCO	19.700
BALEARES	13.200
NAVARRA	9.400
CANTABRIA	9.300

LA RIOJA	8.600
----------	-------

96 días de DEMORA media para INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA – 2014



COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEMORA MEDIA en días para INTERVENCIÓN
C – LA MANCHA	150
CANARIAS	150
CATALUÑA	120
MURCIA	119
MADRID	105
EXTREMADURA	100
CASTILLA y LEÓN	95
BALEARES	95
GALICIA	92
ASTURIAS	92
CANTABRIA	90
ANDALUCÍA	85
NAVARRA	80
ARAGÓN	80
C.VALENCIANA	70
LA RIOJA	62
PAIS VASCO	50

JUECES de parte en materia de negligencias médico-sanitarias

Desde hace años la Asociación ‘El Defensor del Paciente’ ha advertido una práctica muy extendida entre los juzgados y tribunales; nos referimos a la reducción de las indemnizaciones por debajo de lo que marca el baremo de accidentes de tráfico. Esta situación favorece los fines mercantiles y lucrativos de las aseguradoras y, en último término, dificulta la posibilidad de cualquier acuerdo dado que estas compañías prefieren la protección que les brinda un litigio, al que acuden bien fortalecidas con numerosos peritos al ver reducido, por otro lado, el riesgo de condena a una indemnización elevada, lo que hace que eleven el presupuesto de su defensa.

Por si fuera poco, se ha puesto de moda por parte de las aseguradoras, en el supuesto que deban de hacer frente a una indemnización por vía de acuerdo, la inclusión de cláusulas de confidencialidad. Es una forma de “tapar la boca” a las víctimas de negligencias médico-sanitarias que quieren que, a través de los medios de comunicación se conozcan este tipo de casos para evitar que alguien tenga que padecer la situación que han sufrido ellos mismos. De esta manera, se está privando a la ciudadanía tener constancia de hechos de tal magnitud, mediante condiciones como las siguientes:

- “El presente acuerdo extrajudicial constituye un documento de uso interno y estrictamente confidencial entre las partes litigantes, quedando prohibida cualquier difusión del mismo a terceros ajenos al presente acuerdo, así como su difusión en cualquier medio de comunicación. El incumplimiento de lo anterior facultará a la parte perjudicada para interponer las acciones legales pertinentes contra la parte que haya incumplido lo acordado. Asimismo, la parte que incumpliere lo acordado, deberá, en todo caso, abobar una indemnización por tal concepto de 5.000 euros a la contraria”.

- “Ambas partes se obligan a guardar la máxima reserva y secreto sobre el presente acuerdo (que se considera confidencial), así como a no divulgar dicha información, a no publicarla ni de cualquier otro modo ponerla a disposición de terceros, bien directamente, bien a través de su personal, colaboradores (internos o externos) y subcontratistas, bien a través de terceras personas o empresas”.

Y en este escenario, los diferentes TSJ hacen caso omiso al TS cuando señala que en materia de negligencias médicas, los baremos de tráfico para el cálculo indemnizatorio no son suficientes para la reparación del daño. Esta indiferencia a la doctrina del Tribunal Supremos es debida a que, tras las medidas de agilización de la justicia, no es posible acceder al Tribunal Supremo salvo que la cuantía del asunto supere los 600.000 euros. ¿No es esto justicia para ricos?

Ahora, los jueces y magistrados son invitados por las Administraciones públicas y aseguradoras a ponencias y congresos destinados a un constante adoctrinamiento que perpetúe y garantice la vida de dichas compañías, lo que ha coincidido con posturas absolutamente injustificadas por parte de determinadas secciones de Tribunales Superiores de Justicia. Los supuestos más claros los encontramos en Galicia y en Madrid donde las indemnizaciones, por norma general, oscilan entre 12.000 a 15.000 Euros, con independencia del resultado; es igual que el paciente haya fallecido o que sufra graves lesiones, la tarifa es plana.

Por si fuera poco, ahora hay costas en el procedimiento contencioso-administrativo, encargado de depurar la responsabilidad de las Administraciones

públicas, algo que no existía ni en tiempos preconstitucionales. De esta manera, si un ciudadano pretende iniciar un procedimiento frente a la Administración pública por negligencia médica debe saber que podría ser condenado al pago de las costas tanto de la Administración como de la aseguradora que tenga contratada, entidad que tiene derecho a personarse en la causa incluso sin ser demandada. Si a esta situación añadimos las tasas que impuso el anterior ministro de justicia, quizá el más incompetente que ha conocido la democracia española, no es difícil sospechar que **el panorama empuja al ciudadano a reclamar ante la jurisdicción penal en la que no hay que pagar tasas**. Por tales razones, las denuncias y querellas se han elevado, de manera que el médico debe acudir con más regularidad a responder de su conducta ante la jurisdicción penal. Esta situación genera inquietud y preocupación entre los profesionales sanitarios.

Sin embargo, hay magistrados que llaman a la calma porque advierten que hay pocas condenas por el Tribunal Supremo. José Manuel Maza, magistrado de la Sala 2ª del Tribunal Supremo, así lo advertía, en una entrevista efectuada recientemente, al lanzar este mensaje de tranquilidad a los profesionales sanitarios. Sobre esta cuestión debemos matizar que si no llegan las imprudencias médicas a la Sala de lo penal del Tribunal Supremo es debido, sencillamente, a que las penas por homicidio imprudencia profesional grave son tan leves que ni siquiera llegan a su conocimiento, pues la última instancia es la Audiencia Provincial. **Tan mínima es la pena por matar imprudentemente a una persona en España que, incluso, falsificar una historia clínica tiene mayor pena.**

Además, dicho magistrado, calificaba de muy interesante el hecho de que en este momento se esté tramitando en el Congreso de los Diputados una reforma del Código Penal que suprime las faltas dentro de la jurisdicción penal. Así, todas estas cuestiones se remitirán al ámbito del Derecho Civil (donde sí hay costas y tasas), y la jurisdicción penal se reservaría para el tratamiento de las imprudencias con resultados graves, donde asegura que muchas denuncias son archivadas no porque la conducta del facultativo sea ajustada a derecho sino por el elevado grado de complejidad de la materia sanitaria. Efectivamente, **los jueces y magistrados tienen tanta carga de trabajo que no pueden detenerse a estudiar adecuadamente un asunto tan complejo y terminan archivando la causa y dejando indefensas a las víctimas.**

Pero la indefensión de las víctimas, en realidad, comienza mucho antes que el propio procedimiento judicial, y no nos referimos a la frecuente manipulación de los historiales médicos sino al momento en el que determinados jueces y magistrados son invitados a los foros dirigidos por médicos y aseguradoras. El propio magistrado José Manuel Maza ha reconocido que acude habitualmente a estos foros porque en su familia hay muchos médicos. **Pobres las víctimas a quienes les corresponda este magistrado o cualquiera de los habituales a estos foros de adoctrinamiento.**

Con tales razonamientos, podemos llegar a pensar que **actúan como JUECES de PARTE cuando han de deliberar un procedimiento de negligencia médico-sanitaria.**

FALLECIDOS, DISCAPACITADOS, ETC., POR PRESUNTA NEGLIGENCIA MÉDICO-SANITARIA

- **835 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médica** hemos recibido durante 2014 en 'El Defensor del Paciente', lo que equivale a **37 pacientes más que en 2013**. Los casos más habituales se han producido por mala praxis: intervenciones mal realizadas, altas precipitadas, atención deficiente, infecciones hospitalarias, retrasos en ambulancias, etc. Pero la principal razón se debe al **error de diagnóstico** y a la pérdida de oportunidad terapéutica como consecuencia de la falta de medios por los recortes sanitarios.
- **299 casos**, son los que hemos recibido de **personas que se sometieron a una intervención de cirugía plástica, reparadora y estética, con resultado insatisfactorio**. La cifra se ha reducido ostensiblemente, con respecto a otros años, sinónimo de que con la crisis las personas se someten en menor medida a este tipo de intervenciones.
- **137 bebés** nacieron con alguna discapacidad, lo que supone un número similar al del año anterior, en relación a partos llevados de forma inadecuada o con fórceps, causando secuelas como sufrimiento fetal, parálisis cerebral o braquial, etc. Lo triste en este apartado, es que en numerosos de estos casos los ginecólogos no informan a los padres durante el embarazo de las malformaciones del feto y luego muchos fallecen a las pocas horas de nacer porque son incompatibles con la vida.
- **51 fallecidos**, en casos en los que tras avisar al **112**, o bien **no se envió una ambulancia al domicilio** para trasladar al enfermo a un hospital, o bien en esos casos la respuesta fue tardía con más de una hora de retraso.
- **42 pacientes fallecieron por infección hospitalaria** debido a que el hospital no cumplió las medidas de asepsia necesarias. Este es un número ínfimo al real, ya que en España al año fallecen más personas por infecciones hospitalarias que por accidentes de tráfico.
- **107 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 9 casos más contabilizados con respecto a 2012.
- **88 casos de afectadas por depilación láser**. Este es un dato muy a tener en cuenta, pues es una técnica que durante los últimos años ha incrementado su práctica dentro de las cadenas de estética. Algunas de ellas, utilizan láseres que no son de buena calidad, además de que el personal que realiza estos tratamientos, en muchos casos no son médicos, y por lo tanto, no están cualificados a tal efecto. Mientras que la Administración Sanitaria no realice controles estrictos y conceptúe una normativa de obligado cumplimiento que legisle su uso, única y exclusivamente por personal médico, nos seguiremos encontrando con personas que sufren quemaduras importantes.
- **48 casos de contagiados por hepatitis C (VHC)**. El guarismo asciende mínimamente en relación al año anterior, con 3 casos más. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.
- **28 casos de intervención láser (oftalmología)** con mal resultado, secuelas o pérdida de visión. La cifra es muy parecida en relación a 2013. En realidad, hace más de una década aproximadamente, cuando comenzó a practicarse este tipo de cirugía se producían más negligencias en este sentido por la escasa preparación de algunos médicos al ser una técnica novedosa.

ESTADÍSTICAS por COMUNIDADES más denunciadas: HOSPITALES y PATOLOGÍAS.

1. MADRID  (3.719 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Doce de Octubre
- 2º Hosp. Gen. Universitario Gregorio Marañón
- 3º Hosp. Universitario La Paz
- 4º Hosp. Ramón y Cajal
- 5º Hosp. Clínico San Carlos

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Cirugía general
- 2º Ginecología y obstetricia
- 3º Traumatología
- 4º Transporte sanitario, ambulancias
- 5º Lista de Espera

2. ANDALUCÍA  (2.335 Casos).

- Sevilla 663
- Málaga 625
- Cádiz 301
- Córdoba 237
- Granada 168
- Jaén 136
- Almería 113
- Huelva 92

-Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. Regional Virgen del Rocío
- 2º Complejo Hosp. Regional Carlos Haya
- 3º Hospital Universitario Puerta del Mar
- 4º Complejo Hosp. Regional Virgen de la Macarena
- 5º Complejo Hosp. Regional Reina Sofía

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Cirugía general
- 2º Traumatología
- 3º Urgencias
- 4º Ginecología y obstetricia
- 5º Transporte sanitario, ambulancias

3. CATALUÑA **(2.102 Casos).**

- Barcelona 1600
- Tarragona 281
- Girona 132
- Lleida 89

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Universitari Vall D'Hebron
- 2º Hosp. Universitari de Bellvitge
- 3º Hosp. de Sabadell – Parc Taulí
- 4º Hosp. de la Santa Creu i Sant Pau
- 5º Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Lista de espera
- 2º Urgencias
- 3º Cirugía general
- 4º Traumatología
- 5º Ginecología y obstetricia

4. COMUNIDAD VALENCIANA **(1.355 Casos).**

- Valencia 767
- Alicante 512
- Castellón 76

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Universitari i Politècnic La Fe
- 2º Hosp. General Univ. de Alicante
- 3º Hosp. General Univ. de Valencia
- 4º Hosp. Clínic Univ. de Valencia
- 5º Hosp. Univ. Dr. Peset

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Lista de espera
- 2º Traumatología
- 3º Cirugía general
- 4º Ginecología y obstetricia
- 5º Urgencias

5. GALICIA **(737 Casos).**

- A Coruña 329
- Pontevedra 282
- Ourense 85
- Lugo 41

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. Universitario de A Coruña - CHUAC
- 2º Complejo Hosp. Universitario de Santiago – CHUS
- 3º Complejo Universitario de Vigo - CHUVI
- 4º Complejo Hosp. de Pontevedra - CHOP
- 5º Complejo Hosp. Universitario de Ourense - CHOU

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Lista de espera
- 3º Urgencias
- 3º Traumatología
- 4º Cirugía general
- 3º Ginecología y obstetricia

6. CASTILLA-LA MANCHA **(694 Casos).**

- Toledo 225
- Ciudad Real 189
- Albacete 124
- Guadalajara 101
- Cuenca 55

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario de Toledo
- 2º Hospital General de Ciudad Real
- 3º Hospital General Universitario de Albacete
- 4º Hospital Ntra. Sra. del Prado (Talavera de la Reina)
- 5º Hospital General Universitario de Guadalajara

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Lista de espera
- 2º Urgencias
- 3º Cirugía general
- 4º Ginecología y obstetricia
- 5º Traumatología

7. CASTILLA y LEÓN **(660 Casos).**

- Valladolid 180
- León 168
- Burgos 86
- Salamanca 72
- Segovia 39
- Ávila 37
- Zamora 33
- Palencia 29
- Soria 16

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Asistencial de León
- 2º Hosp. Clínico Universitario de Valladolid
- 3º Hosp. Univ. del Río Hortega de Valladolid
- 4º Complejo Asistencial de Burgos
- 5º Hosp. Univ. de Salamanca

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Cirugía general
- 2º Lista de Espera
- 3º Ginecología y obstetricia
- 4º Urgencias
- 5º Traumatología

8. MURCIA **(586 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca
- 2º Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena
- 4º Hospital General Universitario Reina Sofía
- 3º Hospital J. M. Morales Meseguer
- 5º Hospital Rafael Méndez

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Cirugía general
- 2º Lista de espera
- 3º Urgencias
- 4º Traumatología
- 5º Ginecología y obstetricia

9. PAÍS VASCO **(492 Casos).**

- Vizcaya 328
- Guipúzcoa 114
- Álava 50

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Universitario de Cruces
- 2º Hosp. Universitario Donostia
- 3º Hosp. de Basurto
- 4º Hosp. Galdakao-Usansolo
- 5º Hosp. Universitario de Araba

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Cirugía general
- 2º Urgencias
- 3º Traumatología
- 4º Ginecología y obstetricia
- 5º Oncología

10. ARAGÓN **(401 Casos).**

- Zaragoza 258
- Huesca 113
- Teruel 30

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Miguel Servet
- 2º Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
- 3º Hospital General San Jorge
- 4º Hospital Royo Villanova
- 5º Hospital Obispo Polanco

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Urgencias
- 2º Traumatología
- 3º Lista de Espera
- 4º Cirugía general
- 5º Ginecología y obstetricia

11. CANARIAS **(393 Casos).**

- Sta. Cruz de Tenerife 211
- Las Palmas de G.C. 182

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario Universitario de Canarias – HUC
- 2º Complejo Hospitalario Universitario Doctor Negrín
- 3º Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria
- 4º Complejo Hospital Universitario Insular-Materno Infantil
- 5º Hospital General de la Palma

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Urgencias
- 2º Listas de espera
- 3º Ginecología y obstetricia
- 4º Cirugía general
- 5º Traumatología

12. EXTREMADURA  (311 Casos).

- Badajoz 202
- Cáceres 109

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
- 2º Complejo Hospitalario de Cáceres
- 3º Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida
- 4º Complejo Hospitalario Don Benito – Villanueva de la Serena
- 5º Hospital Ciudad de Coria

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Traumatología
- 2º Lista de Espera
- 3º Cirugía general
- 4º Urgencias
- 5º Transporte sanitario, ambulancias

13. ASTURIAS  (298 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Central de Asturias
- 2º Hospital de Cabueñes
- 3º Hospital San Agustín
- 4º Hospital Valle del Nalón
- 5º Hospital V. Álvarez Buylla

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Cirugía general
- 2º Traumatología
- 3º Lista de espera
- 4º Ginecología y obstetricia
- 5º Urgencias



14. BALEARES (257 Casos).

- Palma de Mallorca 158
- Ibiza 70
- Menorca 28
- Formentera 1

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari Son Espases
- 2º Hospital Son Llàtzer
- 3º Hospital Can Misses
- 4ª Hospital Manacor

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Traumatología
- 2º Urgencias
- 3º Lista de espera
- 4º Cirugía general
- 5º Ginecología y obstetricia



15. CANTABRIA (229 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- 2º Hospital Sierrallana
- 3º Centro Hospitalario Padre Menni

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Cirugía general
- 2º Lista de espera
- 3º Urgencias
- 4º Traumatología
- 5º Ginecología y obstetricia

16. LA RIOJA  **(84 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospital San Pedro
- 2º Fundación Hospital Calahorra
- 3º Policlínico Riojano Ntra. Sra. de Valvanera

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Urgencias
- 2º Lista de espera
- 3º Cirugía general
- 4º Traumatología
- 5º Ginecología y obstetricia

17. NAVARRA  **(77 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario de Navarra
- 2º Clínica Universitaria de Navarra
- 3º Hospital Reina Sofía

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Lista de espera
- 2º Ginecología y obstetricia
- 3º Cirugía general
- 4º Traumatología
- 5º Urgencias

18. CEUTA y MELILLA  **(19 Casos).**

- Ceuta 11
- Melilla 8

SERVICIOS y PATOLOGÍAS MÁS DENUNCIADAS en 2014

1° - Listas de Espera

2° - Cirugía general

3° - Traumatología

4° - Urgencias

5° - Ginecología y Obstetricia

6° - Odontología y máxilofacial

7° - Anestesia y reanimación

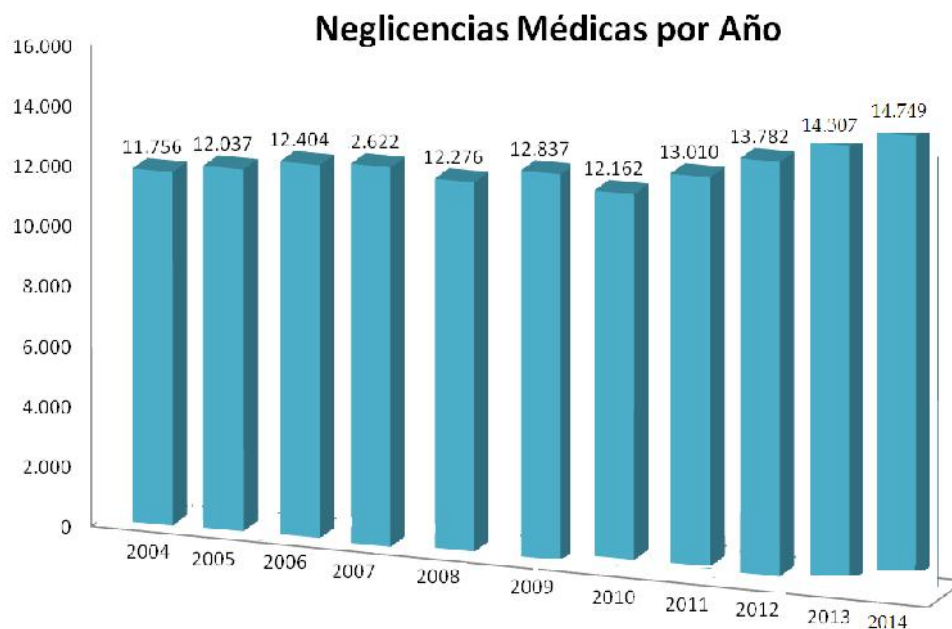
6° - Transporte sanitario y Ambulancias (112 y 061)

8° - Urología

9° - Neurocirugía

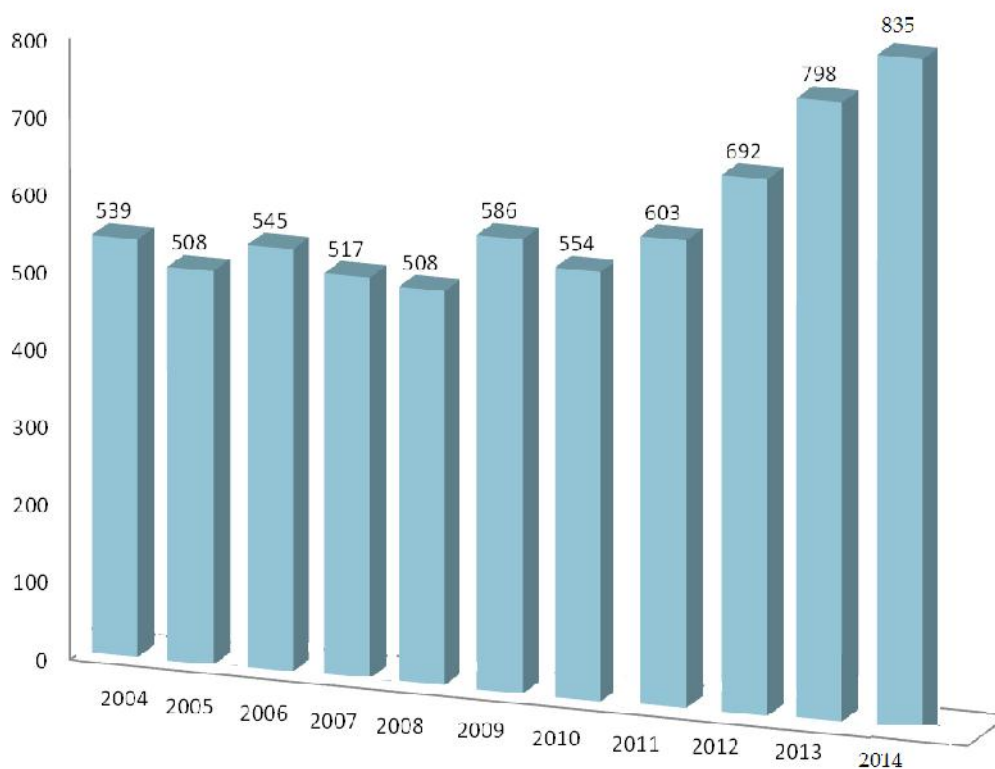
10° - Cardiología

ESTADÍSTICAS de casos recibidos en El DEFENSOR del PACIENTE por negligencia médica en el período comprendido entre 2004 y 2014.



AÑOS	NEGLIGENCIAS
2004	11.756
2005	12.037
2006	12.404
2007	12.622
2008	12.276
2009	12.837
2010	12.162
2011	13.010
2012	13.782
2013	14.307
2014	14.749

Fallecimientos por Negligencias Médicas



AÑOS	MUERTES
2004	539
2005	508
2006	545
2007	517
2008	508
2009	586
2010	554
2011	603
2012	692
2013	798
2014	835

ÍNDICE

MEMORIA 2014	1
OPINIÓN	2

RECORTES SANITARIOS	5
URGENCIAS	8
LISTAS de ESPERA.....	10
JUSTICIA	18
Nº de FALLECIDOS, DISCAPACITADOS, etc	20
ESTADÍSTICA 2014 por COMUNIDADES	21
SERVICIOS y PATOLOGÍAS más denunciadas	29
ESTADÍSTICAS NEGLIGENCIAS 2004 / 14	30
ESTADÍSTICAS FALLECIMIENTOS 2004 / 14	31
ÍNDICE	32