



Asociación 'El Defensor del Paciente'

20º ANIVERSARIO – 20 años luchando por los derechos de los pacientes

Premio "Pablo Iglesias" 2014 de la UGT

C/ Carlos Domingo nº 5 - C.P. 28047 Madrid

Tel.: 91 465 33 22 - 91 755 41 53 – 629 208 643

www.negligenciasmedicas.com

defensorpaciente@telefonica.net

MEMORIA 2016

Como todos los años, hacemos balance de los casos que nos han llegado a lo largo de 2016 por presuntas negligencias médico-sanitarias. A diferencia del curso anterior, el número de negligencias en España ha aumentado lamentablemente. Este año hemos recibido un total de **14.802 casos** (372 más que en 2015), de los cuales **841 han sido con resultado de muerte** (35 más que en 2015). Por el momento, dichos números los consideraremos como presuntos mientras que los Tribunales no dictaminen.

Desde nuestro punto de vista, para poder sacar conclusiones sobre los datos que manejamos, qué mejor forma que comparar cómo afrontan estas situaciones otros países. Para muestra un botón. Un reciente estudio elaborado por la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, basándose en los certificados médicos de los hospitales, ha revelado que **la tercera causa de muerte en Estados Unidos son los errores médicos**. Dicha investigación atestigua que **cada año se producen más de 250.000 fallecimientos** por esta causa y como solución para reducir las negligencias médicas proponen que en las historias clínicas se anote si una complicación médica contribuyó a la muerte del paciente. **En España esto sería una utopía**. En la misma línea, otro estudio americano, en este caso por medio de la Universidad Central de Michigan, sobre los efectos de un modelo de comunicación entre el personal sanitario, ha puesto de manifiesto que **el 66 % de los errores se produce por la falta de comunicación entre los profesionales sanitarios**, cuando es primordial que el equipo médico se comunique de forma óptima para reducir la probabilidad de errores.

Por ello, **tras 20 años de lucha por los derechos de los pacientes, para la Asociación 'El Defensor del Paciente' la Administración sanitaria española todavía tiene mucho que aprender de otros países**. No podemos seguir inmersos en una actitud paternalista, con los ojos vendados, silenciando las negligencias médicas. Así está sucediendo con cláusulas de confidencialidad, que se incluyen en los acuerdos indemnizatorios por parte de las aseguradoras médicas, muy de moda durante 2016, para que la opinión pública no sea conocedora de este tipo de situaciones.

OPINIÓN: La Sanidad española está igual de mal que hace cinco años.

Hacer un análisis del estado de forma de la Sanidad pública a lo largo de un año de bloqueo político, cuando venimos de una situación enquistada, como es lógico el resultado no puede ser adulador. Así lo legitima el último Barómetro Sanitario en cuanto a la valoración que han hecho los pacientes sobre los servicios asistenciales con los que había hace cinco años. En la mayoría de los parámetros, **más del 70 % de la ciudadanía opina que están igual o peor.** Una de las justificaciones a esta percepción puede ir encaminada por el inmovilismo que los partidos políticos han mostrado, en sus proposiciones, durante la campaña electoral de casi un año de duración, como si no les concerniera que nos encontramos ante un sistema endémico que requiere una **gestión eficaz y estabilidad a base de un incremento de la financiación.**

Es paradójico que los mandatarios no ofrezcan propuestas, ni soluciones, a las debilidades de nuestro sistema sanitario y, sin embargo, **continuamente tratan de convencernos de que la sanidad goza de buena salud, mediante una orquestación programada y machacona,** para que, a fuerza de repetirlo, creamos que es verdad. En este sentido, haremos una somera selección de titulares que han aparecido en los medios de comunicación, durante 2016, y que cada uno saque sus propias conclusiones:

“EL GOBIERNO RECORTA EL GASTO SANITARIO PARA EL PRESENTE AÑO, EN SU PROPUESTA A EUROPA”, “Llevo más de quinientos días aguardando una operación”, “SIN RECURSOS NO HAY SANIDAD PÚBLICA”, “ESPAÑA tiene el segundo peor ratio de enfermeras por médico en la UE”, “PROFESIONALES HACEN CHEQUEOS EN LA CALLE PARA DENUNCIAR LAS CARENCIAS SANITARIAS”, “España está a la cola de la Unión Europea en número de camas hospitalarias por habitante”, “DÍEZ DÍAS DE ESPERA PARA LOGRAR CITA CON EL MÉDICO DE CABECERA”, “Estuve doce horas en un pasillo de Urgencias sin que me ayudaran a orinar ni me dieran de comer”, “EL SAS PAGA SUELDOS MÁS ALTOS A LOS MÉDICOS QUE MÁS RECORTAN”, “Médicos y pediatras desbordados por las urgencias piden consultas de tarde dignas”, “DENUNCIAN LA FALTA DE LIMPIEZA EN LAS URGENCIAS DE LOS CENTROS DE SALUD”, “Los políticos han sido los responsables de muchas muertes por Hepatitis C”, “DETENIDO UN AXILIAR DE ENFERMERÍA QUE DEJÓ EN COMA A UN PACIENTE TRAS SEDARLO SIN PERMISO”, “Cesan a un jefe médico tras denunciar que los recortes han acabado con la excelencia de un hospital público”, “UN GRUPO DE MADRES SE MOVILIZA PARA PEDIR UN PEDIATRA DE URGENCIAS”, “Un fraude permitía a europeos con recursos colarse en la lista de espera de trasplantes en España”, “LA CRISIS SE SALDA CON LA ELIMINACIÓN DE 6.000 CAMAS EN HOSPITALES PÚBLICOS”, “Malestar ante la falta de celadores en Urgencias del CHN”, “AUMENTAN LAS DENUNCIAS POR ACCESO INJUSTIFICADO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS”, “Presenta su dimisión el jefe de Urgencias de Carlos Haya por la falta de contrataciones”, “LAS NEGLIGENCIAS MÉDICAS COSTARON 54 MILLONES DE EUROS A LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LOS GOBIERNOS DE AGUIRRE Y CONZÁLEZ”, etc.

El estancamiento es más que evidente. Como decimos, se ha agravado al haber sido un año de parálisis en cuanto a toma de decisiones. Los políticos mantienen un control férreo y politizado en la gestión, a la que manipulan en sus beneficios personales y electorales. Mientras la carencia de medios y personal se acrecienta y la financiación disminuye, la demanda social aumenta. Por estas razones, **deberíamos sacar la Sanidad del enconamiento político.**

La precariedad laboral de nuestros profesionales sanitarios está condicionando, de forma incuestionable, la relación entre el médico y el paciente, además de devaluar la significación real que el acto médico nunca puede perder, ya que convulsiona la condición natural que debe tener el cuidado de la salud. Fruto de esta tesitura, este año, ha sido el **aumento de reclamaciones de pacientes en relación a un maltrato verbal por parte algunos facultativos.** Por ello, para evitar este estado de crispación que se percibe en el ambiente, de algunas consultas, desde el consenso, dejando al margen actitudes partidistas, habría que empezar por mejorar la planificación de los recursos humanos y equiparar las retribuciones entre los médicos de todas las comunidades. Una Sanidad, sin puntos sólidos de apoyo estará condenada siempre a la insatisfacción de quienes la prestan y de quienes la reciben.

Da la sensación de que el deterioro del Sistema Nacional de Salud se está produciendo de manera intencionada. A las pruebas nos remitimos. Es inconcebible la más que posible nueva reducción del presupuesto sanitario, en lo referido a la opción del Gobierno, por orden de la Unión Europea, de cara a reducir el presupuesto total del Estado de 5.000 millones de euros más. De hecho, existen comunidades autónomas, que redujeron su gasto sanitario en un 20% desde el comienzo de la crisis, lo que simboliza que, si continúan decreciendo los presupuestos en salud, **el sistema será inviable mientras no exista una financiación suficiente.**

Por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud necesita más profesionales y centros sanitarios humanizados que sitúen al paciente en el centro de toda atención priorizando sus derechos y deberes. Nos parece muy bien que la nueva ministra de Sanidad, en el momento de llegar al cargo, anuncie que se ha marcado como primer objetivo escuchar a los médicos, pero entendemos que es de recibo, también como una primera opción, escuchar a los pacientes. **¿Por qué el paciente, para la ministra, no tiene el mismo peso o valor que el profesional sanitario dentro del SNS?** Siempre es lo mismo, no avanzamos, no cambia nada.

Si continuamos analizando los desperfectos del modelo podemos hacer una parada en el Catálogo Nacional de Hospitales y echar un vistazo al número de camas. Aquí observaremos otra de las imperfecciones más significativa: **en España el número de camas hospitalarias disminuyó un 5% en la última década, pese a que la frecuentación hospitalaria aumentó.**

¿Existen soluciones? ¿Hay alternativas? Sí las hay, pero no con los gestores que nos gobiernan. **Nuestra apuesta pasa por optimizar los recursos públicos y fomentar un sistema eficiente e independiente para que el paciente reclame sus derechos sin necesidad de recurrir a la vía judicial.**

ATENCIÓN PRIMARIA - La necesidad de una reforma inmediata.

Una de las especialidades más endeble de nuestro sistema sanitario, durante la última década, es la Atención Primaria. Recordemos que vivió su máximo esplendor, en España, a finales de la década de los 90 pero luego se ha frenado, en parte por la falta de recursos económicos y humanos que ha fomentado un aumento de las listas de espera. Actualmente, **la Administración prioriza la respuesta inmediata a la demanda y la accesibilidad de los ciudadanos sobre la calidad de la atención**, ofreciendo a las familias servicios para los que, en ocasiones, no encuentra personal. Y aquí nos encontramos con uno de los principales problemas, En varias salas de los centros de salud dice **“consultas de pediatría” cuando no siempre son médicos especialistas en niños** los que atenderán. Las administraciones sanitarias autonómicas generan, en ocasiones, falsas expectativas ofreciendo especialidades sanitarias de las que no siempre disponen. Utilizan la palabra *“Pediatría”* para designar la edad del usuario atendido, no la titulación del personal contratado. Y no cabe duda que el médico no especialista en Pediatría que asume esa consulta, hace un esfuerzo extraordinario sin una formación específica.

Por eso, **urge fortalecerla de una vez por todas con una inyección de unos 50 millones de euros para contratar unos 1.000 médicos de familia y pediatras** que solventen los efectos que, como de costumbre, están sufriendo los pacientes y los propios profesionales: cargas de trabajo desmesuradas, acúmulos diarios por falta de sustituciones, demoras excesivas, consultas masificadas, etc. Por lo tanto, reclamamos una **reforma inmediata de la Atención Primaria que garantice su calidad** para evitar que dentro de unos años se haya extinguido.

Cabe puntualizar que, pese a que supone el cimiento asistencial del SNS, dicha especialidad, ha sido la que más recortes ha sufrido durante la época de crisis, perdiendo un 14'7% de su financiación, es decir, 1.550 millones de euros entre los años 2010 y 2014. Por este motivo, **los males referidos a su financiación se caracterizan por desigualdad, exclusiones e inequidades**. Fijémonos además en que la inversión en servicios primarios solo supone alrededor de un 15% del gasto total en el SNS, mientras que, por el contrario, el gasto hospitalario está por encima del 60%. Nos referimos a lo que actualmente se conoce como *“hospitalcentrismo”*, del que el modelo instaurado debería huir y dotar de más recursos a un pilar clave como es la Atención Primaria sin el que el resto no podría funcionar. Sin embargo, parece ser que, en este país, prometer o **inaugurar hospitales otorga más votos que los centros de salud**. Una prueba más de lo politizada que está nuestra Sanidad. Y es que esta especialidad, ha tenido que batallar con la atracción y presión social de los hospitales cuando la mayoría de problemas de salud de los ciudadanos se resuelven en los consultorios de toda la vida.

Asimismo, aparte del problema en inversión, cabría destacar las enormes diferencias existentes, dentro de la Atención Primaria, entre las comunidades autónomas, y que afectan tanto al gasto por habitante, como a las plantillas sanitarias o a las infraestructuras.

En definitiva, a nuestro juicio, la solución pasa por **conceder un papel determinante a la Atención Primaria dentro del SNS** a partir de reforzar su control presupuestario. Si el médico de familia tuviera mayor protagonismo en la consulta de especialidades hospitalarias, se podría optimizar la gestión de la atención sanitaria.

SALUD MENTAL - La necesidad de una estrategia inmediata.

“Un hospital psiquiátrico, es el peor rincón donde un ser humano puede ser confinado. Mucho peor que la cárcel. No hay derechos, no te atienden, te atiborran a cóckteles de pastillas, se deja de sentir, se percibe mucho dolor, el tiempo se detiene en un estado de inactividad y sufrimiento. Cada minuto es angustia, la voz deja de tener sentido porque los que decían que te iban a ayudar no lo hacen, te ignoran. Se llora, y lloras con otros. Son horas y horas y horas muertas en un recinto sin apenas luz natural. Los auxiliares se mofan continuamente de ti, se deja de ser persona. Ese dolor queda tan grabado en el alma que hace cambiar a un individuo. Se llora de la soledad más profunda, se oyen los gritos de otros supervivientes que se ahogan en el dolor”.

Este angustioso y demoledor testimonio de un paciente psiquiátrico, es parte de una de las tantas reclamaciones que hemos recibido, en la que se nos solicitaba asesoramiento legal por estar sufriendo las consecuencias de una nefasta gestión del sistema de diagnóstico y posterior tratamiento de su enfermedad, con el añadido de generarle un tremendo sufrimiento físico y moral.

No es un caso aislado, por consiguiente, la Psiquiatría es otra de las facetas más desdeñadas de nuestro sistema sanitario. **La necesidad de diseñar una nueva estrategia en Salud Mental debería ser una prioridad**, para evitar que se produzcan situaciones, como las del anterior relato, más propias de una novela de terror. Sin embargo, desde que la Ley de Sanidad de 1986 pusiera el candado a los manicomios, hace ya 30 años, se ha avanzado muy poco con la “supuesta” reforma psiquiátrica puesta en marcha con el fin de que este tipo de pacientes, encerrados en condiciones infrahumanas, pasaran a considerarse ciudadanos con el derecho a recibir un tratamiento adecuado, de la misma manera que si tuviesen cualquier otra enfermedad. Sin embargo, el tratamiento que recibe la mayoría de las personas con enfermedad mental se limita a una consulta psiquiátrica de pocos minutos, cada varios meses, donde únicamente se revisa su dosis de medicación. Lo que propicia **suicidios que podrían ser evitables**, por lo tanto, **estamos muy lejos de los propósitos que se establecían en la Ley de Sanidad**.

En general, la Administración sanitaria no tiene voluntad por sacar adelante los planes de salud mental que se aprueban, cuando esta enfermedad es muy discapacitante y está relacionada con la exclusión social, por lo que se precisa una estrategia para optimizar el diagnóstico precoz de las patologías como, por ejemplo, las relacionadas con procesos psicóticos, siendo primordial la **investigación con el concurso activo del paciente**. Los poderes públicos deberían ser conscientes de que **faltan recursos intermedios**, pues **la mayor parte del peso en la atención recae en los familiares**, lo que supone una pérdida de independencia como ciudadanos con derechos plenos. Así como, deberían subsanar las **intolerables listas de espera** que tolera este sector, alrededor de 9 meses para consulta, ya que **los abandonos terapéuticos suelen ser la principal causa de las agudizaciones o recaídas de esta patología**. Hay enfermos mentales sin hogar, o que están siendo cuidados por sus padres de más de 80 años y sin recursos.

Resumiendo, es necesario que se mantenga la salud mental comunitaria, que comparta recursos con la red general y fuera de los hospitales, así como que se active un protocolo, nada más detectar el riesgo, para luchar contra los suicidios. También hacen falta muchos pisos tutelados y pequeñas residencias.

URGENCIAS – Fuera de cobertura.

Los profesionales médicos y de enfermería que trabajan en los servicios de Urgencias consideran que los dos principales factores que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes son la escasez de recursos y la falta de un apoyo más firme por parte de la gerencia y dirección de los hospitales.

La Administración Sanitaria debería asumir sus errores de gestión, partiendo de cómo organiza y distribuye los recursos humanos y materiales. Culpabilizar a los pacientes de no saber utilizarlas de manera correcta o achacar que, en muchas ocasiones, acudimos a ellas sin necesidad es pura demagogia.

Aunque sí es cierto que en España existe, por un lado, un problema de educación cívica y conciencia ciudadana, frente a otro rompecabezas de reorganización asistencial que ha de ser efectivo en recursos y tiempo de respuesta según la patología de cada paciente. Hay dolencias como simples dolores de muelas, catarros o un dolor de cabeza, que no son una urgencia y pueden sufrir demora. Por el contrario, ante una sospecha de infarto de miocardio sí porque existe un riesgo vital. Por ende, la problemática se agudiza en época de frío donde la falta de planificación queda al descubierto. En resumidas cuentas, mientras se siga ejerciendo un uso abusivo de las mismas y no se activen recursos de apoyo, como aumento de camas o apertura de consultas de los centros de salud, la situación no tendrá carices de arreglo y seguirá siendo perpetua en tiempo y forma.

Por eso, el conflicto de los colapsos de las Urgencias hospitalarias va ligado, como hemos apuntado en uno de los apartados anteriores, al inapropiado funcionamiento de la Atención Primaria. Impera volver a prestar más atención a nivel de servicios primarios para, en lugar de cerrar puertas como se ha hecho (reduciendo presupuesto, personal, servicios y Urgencias en los centros de salud), mantener el mismo nivel asistencial que había antes. Y ya en las Urgencias hospitalarias, la Administración debería estar más atenta a la demanda social y a los picos que situaciones concretas, como la gripe, provocan. Igualmente, el trabajo político de nuestros mandatarios sanitarios, con los profesionales, deberá ir encaminado a lograr que éstos se coordinen mejor y remen todos en la misma dirección. Desde luego, las claves de este problema las tiene la Administración. Porque, **si al paciente se le obstaculiza con todo tipo de trabas, su única opción para ser atendido será acudir a Urgencias.**

Pero, aunque el inadecuado funcionamiento de la Atención Primaria sea el origen principal de los problemas de las Urgencias hospitalarias, la teoría del efecto dominó nos indica que el contubernio también se suscita por otras fuentes: **largas listas de espera, reducción de camas hospitalarias, recortes de plantillas de Urgencias, escasez de medios para atención domiciliaria, error de gestión ante el incremento de personal en determinadas épocas del año, etc.**

Luego, no cabe duda, que el objetivo básico, para terminar con el colapso, es reducir el tiempo de espera para ingresar en planta. En este sentido, una solución podría ser **la creación en los hospitales de áreas de transición como fase previa al ingreso.** De esta forma se evitaría estancias superiores a 24 horas, con pacientes hacinados en camas y sillas por los pasillos, como si se tratara de una hospitalización encubierta. Otras alternativas podrían ser: **establecer criterios de ingreso consensuados con las**

diferentes especialidades, la creación de un Plan de disponibilidad de camas o potenciar la hospitalización a domicilio para pacientes ancianos y crónicos.

Dentro de este apartado, cabría hacer un apunte sobre el agotamiento físico y emocional que sufren muchos médicos de Urgencias víctimas del estrés laboral. Es lo que se conoce como el **‘Síndrome del Quemado’**. Esto conlleva un estado de ánimo muy bajo por no poder resolver la sobrecarga de trabajo y una indiferencia hacia el usuario. Por este motivo, unido a la escasez de recursos, el riesgo en la seguridad del paciente es notorio como ha quedado al descubierto en algunos epígrafes de prensa a lo largo de 2016: *“Un único médico atiende todas las urgencias del Hospital Provincial de Zaragoza por las noches”, “UN PACIENTE ABOFETEA Y AMENAZA A UN MÉDICO EN URGENCIAS EXIGIENDO ATENCIÓN INMEDIATA”, “Condena al SAS por la muerte de una mujer en las Urgencias del Macarena”, “URGENCIAS DEL PESET SE COLAPSA Y DEJA PACIENTES SIN PODER SER INGRESADOS”, “Enfermeros de Urgencias del Valme se concentran por la falta de personal del servicio”, “CASI 40 HORAS DE ESPERA PARA TENER CAMA EN MANISES POR LA GRIPE”, “Tras 36 horas en urgencias, mi abuelo se quedó en un pasillo por la falta de camas”, “SIN INTIMIDAD EN LAS URENCIAS DE LA ARRIXACA”, “Una enfermera del Clínico de Málaga renuncia a su puesto de trabajo tras quedarse sola a cargo de 36 pacientes”, “PACIENTES DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES DE SEVILLA SON ENVIADOS A CASA HASTA QUE HAYA CAMAS DISPONIBLES”, “Denuncia “negligencia” del Hospital de Mollet por tener a 20 niños tirados cuatro horas en Urgencias”, “DENUNCIAN LA ESPERA EN URGENCIAS JUNTO A LA CUBETA DE LA ROPA SUCIA”, etc.*

Lo que está claro es que el problema puede solventarse si colaboramos entre todos, comprendiendo que quien ha de hacer uso de las Urgencias es el enfermo que necesita de cuidados e ingreso, no el ciudadano que acude con dolencias de bajo nivel de gravedad. Y aquí es donde la Administración sanitaria debería fomentar campañas de información para hacer un uso correcto de este servicio y acudir a él cuando realmente se precisa.

Para concluir este apartado, como hacemos, de forma habitual, a continuación, mostramos un listado de los Hospitales que más reclamaciones hemos recibido de sus servicios de Urgencias. **Los hospitales de ANDALUCÍA, son con diferencia los que peores servicios de Urgencias tienen**, muy seguidos en cuanto a núcleo de quejas por los de la Comunidad Valenciana.

- 1º. **Hospital Regional Carlos Haya** (Málaga)
- 2º. **Hospital Universitari Vall d’Hebron** (Barcelona)
- 3º. **Hospital Miguel Servet** (Zaragoza)
- 4º. **Hospital Universitari La Fe** (Valencia)
- 5º. **Hospital Virgen del Rocío** (Sevilla)
- 6º. **Hospital Álvaro Cunqueiro - HAC** (Vigo)
- 7º. **Hospital Universitario La Paz** (Madrid)
- 8º. **Hospital Virgen de la Arrixaca** (Murcia)
- 9º. **Hospital Virgen de la Macarena** (Sevilla)
- 10º. **Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín** (Las Palmas)

JUSTICIA – La teoría de la pérdida de oportunidad terapéutica favorece la impunidad de los médicos negligentes y reduce las indemnizaciones muy por debajo de los baremos.

El concepto de pérdida de oportunidad asistencial ha cobrado fuerza en los últimos años. Se habla de pérdida de oportunidad de vida o curación para destacar aquellos supuestos en los que, por la omisión de una prueba diagnóstica o tratamiento, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación, por lo que resulta difícil conocer si el desenlace habría variado en caso de que el médico hubiera actuado como era exigible.

Estos supuestos presentan, como característica común, un error o retraso de diagnóstico o tratamiento de un proceso médico que acaba con lesiones o el fallecimiento del paciente. La cuestión es la dificultad que entraña saber y demostrar lo que habría ocurrido si el autor de dicha conducta hubiera actuado adecuadamente.

Ante casos de omisión de pruebas diagnósticas o de tratamiento, se desconoce con certeza cuál habría sido el pronóstico y, en definitiva, el resultado de haber actuado diligentemente; y como lo ocurrido no se puede cambiar (por ejemplo, el paciente ha fallecido), únicamente cabe plantear la hipótesis de lo que habría pasado si el médico hubiera actuado de una forma adecuada en el diagnóstico o en el tratamiento.

Por esta razón, se dice que la relación de causalidad entre la conducta contraria a la *lex artis* y el daño es hipotética. El supuesto típico es el del paciente oncológico que es diagnosticado tardíamente o tratado de forma inadecuada. Su enfermedad es grave y, lógicamente, desconocemos si habría salvado la vida en caso de haber recibido el tratamiento a tiempo.

El caos en la jurisprudencia:

En estos supuestos, la jurisprudencia bien condena:

-Según **baremo de tráfico** al que se acude por analogía dado que no hay baremo de negligencias médicas.

- Según **porcentaje hipotético de posibilidades de curación** (porcentaje que se aplica sobre el baremo). Siempre es hipotético y referido a pacientes en parecidas circunstancias, pero no al paciente concreto.

- **A tanto alzado, es decir, sin atender al baremo ni a criterios delimitados** (concediendo indemnizaciones ridículas muy por debajo de baremo o del porcentaje de posibilidades). Este criterio es el mayoritario y se aplica en más de un 80% de los casos. Indican que se indemniza el daño moral.

¡Dicen indemnizar el daño moral para reducir la indemnización!

Si lo que indemnizan es el daño moral por la pérdida de oportunidad ocasionada lo que hacen es utilizar la teoría únicamente para reducir la cuantía de la forma más fácil al no entrar a valorar las verdaderas posibilidades. De esta manera, con un acertado análisis de las posibilidades podríamos llegar a la conclusión de que la oportunidad no existía y, sin embargo, por zanjar el asunto de tal manera se habrían indemnizado daños inexistentes. Pero también podríamos pensar lo contrario al indemnizar un daño moral por la pérdida de oportunidad cuando el paciente se habría merecido la indemnización

íntegra si así se hubiese desprendido de un estudio adecuado de la prueba y de la relación de causalidad.

Además, citan el daño moral como cajón desastre para aclarar que la indemnización no se puede corresponder con el daño **físico ¿Qué piensan que pagan lo que vale una vida?** En los fallecimientos sin aplicación de pérdida de oportunidad se paga también el daño moral a los perjudicados, no se valora la vida de la víctima, y sin embargo no se reduce la cuantía por lo que el concepto de daño moral tampoco sirve para reducirla. En todo caso **ninguna de las tres tendencias se para a pensar en que se trata únicamente de vida o muerte, curación o enfermedad.** Deberían tener en cuenta que los tratamientos paliativos (oncológicos) también consiguen prologar la vida y su calidad.

¿Cuánto vale una semana de vida? ¿Y si es la última? ¿Y un mes o un año de vida? Todos vamos a morir, todos; por eso nunca debemos olvidar que lo que se paga en todos los casos es fallecer antes de tiempo. Incluso un enfermo paliativo porque su Derecho Fundamental a la vida tiene el mismo contenido que el resto de personas. De hecho, **si a un paciente oncológico le atropellara un vehículo causándole el fallecimiento a ningún juez se le ocurriría reducir la indemnización por debajo de baremo. Entonces, ¿por qué a un paciente afectado por negligencia médica sí?**

La Asociación 'El Defensor del Paciente' considera que las compañías de seguros de los Servicios de Salud, que actúan únicamente con criterios mercantilistas, nunca van a proponer acuerdos aceptables a las víctimas y perjudicados de negligencias médicas pues, ante la pérdida de oportunidad, **los jueces reducen la indemnización en más de un 80 % de los casos.** Y los pacientes acudirán al pleito para conseguir la indemnización que realmente merecen.

¡La propia conducta contraria a la diligencia debida es motivo de reducción de indemnización! Por ejemplo, el no practicar un TAC cuando debía realizarse, le sirve al médico para reducir significativamente la cuantía porque esa falta de prueba provoca que no se conozca si el paciente habría sobrevivido. Por otro lado, cuando un médico no solicita la biopsia de un nódulo de características malignas para confirmar o descartar y, posteriormente, se demuestra que era maligno y que fue la causa de la muerte, nunca sabremos si habría sucedido lo mismo de haber sido diagnosticado y tratado en el momento que debió hacerse la biopsia. Al hilo de esto, no es de recibo que, en determinados casos, **esta teoría ha provocado verdaderas injusticias como indemnizar una tetraplejia con 12.000 euros o fallecimientos con 6.000 euros.**

No consideramos justo que la víctima tenga que soportar la carga de una prueba diabólica (demostrar lo que habría ocurrido si se hubiera actuado de forma correcta), básicamente **porque a esta situación se llega por culpa del médico que infringe la *lex artis*.** Acreditada por parte del paciente la mala praxis (carga de la prueba ya bastante dificultosa), debería corresponder al médico, como responsable de la conducta contraria, demostrar que el resultado se habría producido de igual manera.

En consecuencia, debido a que la relación de causalidad no sirve para resolver estos casos complejos, advertimos que se debería aplicar criterios de imputación como se hace en países de nuestro entorno, entre los que Alemania es un ejemplo al imputar el daño al facultativo por incumplir su deber de garante y crear, con ello, un riesgo no permitido o incrementarlo por encima del límite permitido.

LISTAS de ESPERA – De récord en récord y ya van...

El ejemplo, por excelencia, de que la Sanidad se ha politizado son las listas de espera. Hablar de ellas es adentrarse en terreno empantanado porque los datos no son fiables. La mayoría de las Consejerías de Salud, como de costumbre a lo largo del año, han ido facilitando los datos de sus regiones, pero cada una con pautas diferentes y según su conveniencia, por lo que es muy complicado obtener unas cifras exactas y con total veracidad. Por ello, los Servicios de Salud deberían **cambiar sus políticas de cómputo trazando una unificación de criterios** a objeto de obtener datos transparentes.

El protocolo empleado por las comunidades autónomas es completamente irreal pues, si desglosamos los tiempos, nos percatamos de que lo que existe es una DOBLE, o incluso, **TRIPLE LISTA de ESPERA**. La primera parte es para dar cita al paciente y en ella pueden transcurrir meses. La segunda parte es en la que el paciente ya es incluido en la propia lista de espera. Una vez apuntado, el siguiente paso es el preoperatorio, pero después de realizárselo el truco es excluirle para que deje de contabilizar. Seguidamente, tardan meses y meses hasta que le llaman para ser operado (hernias inguinales, juanetes, rotura de ligamentos, etc.), es lo que supone la tercera parte del proceso. Es decir, es una pérdida de dinero innecesaria e incomprensible puesto que cuando le van a operar le han de volver a repetir las pruebas. Por lo tanto, **prima más perder el dinero con tal de que ese paciente deje de engrosar la lista**. Nos tratan como a un número. Ese es el negocio.

Los números de las listas de espera han vuelto a superar los máximos históricos a pesar de las artimañas a las que nos tienen acostumbrados. Según nuestras estimaciones, **en la actualidad, 689.400 pacientes se encuentran a la espera de una intervención quirúrgica. Y la demora media para las operaciones alcanza ya los 98 días**. Los dígitos que nosotros barajamos, difieren en parte de los que esgrime el Ministerio de Sanidad que en abril publicó que eran 549.424 pacientes y 89 días respectivamente. Sinceramente no nos salen las cuentas, si nos basamos en los datos que facilitan las Consejerías de Salud, con alguna salvedad como que Cataluña no publica datos suficientes bajo criterios similares al del resto de comunidades o que el País Vasco solo aporta guarismos de seis intervenciones. Tal vez no sepamos sumar, pero nuestros cálculos son el resultado de la información que la administración sanitaria facilita sobre los 14 tipos de intervención más comunes, contrastándolos con los casos que nos denuncian y nuestras fuentes de información (diferentes colectivos médicos).

Las listas de espera son un indicador de gestión. Su coste es brutal, tanto a nivel laboral, como social y emocional. A colación, parece que la Administración sanitaria no es consciente de los **puestos de trabajo que están perdiendo muchos ciudadanos** como consecuencia de los retrasos, en la asistencia sanitaria de sus patologías, ya que no pueden permitirse el lujo de permanecer de baja durante mucho tiempo.

Sobre el acceso a ellas, está claramente reconocido por la legislación sanitaria que los ciudadanos tenemos derecho a obtener información sobre salud pública y a acceder a la historia clínica para conocer datos de nuestra salud. La Administración sanitaria tiene la obligación de difundir de oficio información con respecto a ello en términos reales, comprensibles y adecuados para la protección de la salud. Sin embargo, en las listas de espera el control brilla por su ausencia. No existen criterios iguales a nivel de

comunidades, a pesar de existir una **normativa estatal que fija en 180 días el tope máximo para una operación.**

Desde nuestro punto de vista **las autoridades sanitarias son conscientes de los riesgos para la salud y la vida de las personas que conllevan las listas de espera.** El hecho de que los Gobiernos autonómicos no aprueben medidas para terminar con esta situación agrava el problema. Es sinónimo de impedir al paciente que ejerza sus derechos pues se expone a perder la vida o a padecer una pérdida de oportunidad de sanar. Los efectos adversos de las mismas de sobra son conocidos por los mandatarios sanitarios y, si no los conocen, incurren en una dejación de funciones del cargo para el que se les ha elegido. Es indudable que no se puede detener el tiempo, ni retrasarlo, ni adelantarlo, pero sí se puede trabajar en la mejora de los procesos para optimizarlo. Toda organización sanitaria cuenta con su tiempo y su conocimiento, dos herramientas capitales para responder a las necesidades que se le plantean.

Al hilo de esta problemática, que afecta a todas las comunidades autónomas, **la Asociación ‘El Defensor del Paciente’ presentó, en el mes de julio, distintas denuncias ante las Fiscalías de cada región.** Nos vimos obligados a la adopción de esta medida a tenor de las terribles consecuencias que venimos observando, fruto de las demoras, en las reclamaciones recibidas: **pacientes con secuelas irreversibles o fallecidos mientras aguardaban una intervención.** La denuncia estaba perfectamente fundamentada, puesto que el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal obliga a los que por su cargo, profesión u oficio tuvieren noticia de algún delito público a denunciarlo inmediatamente al Juez o al Fiscal. Sin embargo, aunque la mayoría de las Fiscalías admitieron a trámite las denuncias, después todas notificaron que no existe indicios de delito en la gestión de las listas de espera.

Estos archivos son un tanto contradictorios si nos fijamos en que, a lo largo del año, varios Tribunales han dictado sentencias en las que se ha probado casos de retraso diagnóstico, con resultado de muerte, por culpa de las listas de espera. Por ejemplo, recordemos una **sentencia del Juzgado de Primera Instancia nº20 de Sevilla**, de marzo de 2016, por la que se condenó al Servicio Andaluz de Salud al pago de 147.000 Euros por el **fallecimiento de una paciente, a finales de 2013, que esperaba una cirugía**, desde el mes de julio, para retirar un tornillo roto en el muslo. En verano, de ese año, fue remitida a casa porque el traumatólogo estaba de vacaciones. En septiembre ya sufría una infección y se la colocó en la lista como muy preferente para noviembre, pero el sistema sanitario andaluz, en contra de sus propias decisiones terapéuticas tampoco la operó ese mes. Como no podía ser de otra forma, tras soportar un año con el material de osteosíntesis, roto e infectado, el 19 de diciembre ingresó de urgencias en el Hospital de la Merced en Osuna (Sevilla), con fiebre, siendo el juicio clínico lo que nos imaginábamos *“infección de las prótesis”* que llevaba en el fémur. Pero **como era NAVIDAD, se programó la intervención para cuando pasara Nochebuena**, el 26 de diciembre. La paciente llegó al quirófano en un estado pésimo, ya nadie la podía salvar de la tremenda infección diagnosticada en octubre, **falleciendo el día 29 de diciembre de una sepsis generalizada.** Un caso terrible. Para que luego, la presidenta de la Junta de Andalucía, Susana Díaz, se jacte de que la Fiscalía actuase *“con sentido común”* al archivar la denuncia que presentamos, por la gestión de las listas de espera en su comunidad.

En fin, no nos cansamos de repetirlo. **¡Las LISTAS de ESPERA son un ATENTADO contra la SALUD y la integridad física de las PERSONAS!**

Analizando el estado de las listas de espera, región por región, a nuestro modo de ver, **Canarias, Cataluña, Madrid y Murcia son las peor paradas**. Igualmente cabe destacar el notable empeoramiento que han sufrido comunidades como **Castilla y León** o la **Comunidad Valenciana**, además de puntualizar que en zonas como **Galicia y La Rioja** la información sobre esta materia es muy escasa, lo que se entiende como una falta de transparencia porque no les interesa facilitar el empeoramiento de sus números. También cabría hacer una mención especial al supuesto maquillaje en el que incurre **Andalucía**, ya que dado el caótico estado en el que se encuentra el sistema sanitario andaluz no nos creemos que la demora media para intervención se sitúe en la mitad de días si la comparamos con otras regiones que, sanitariamente hablando, funcionan mucho mejor.

Lo ideal sería que los servicios sanitarios de las diferentes comunidades autónomas contaran con un plan integral que ofrezca un abordaje multidisciplinar y realice un examen de los factores que intervienen en su aparición. Mientras que no sea así, como observaremos, a continuación, con el estudio de cada región, el problema será perenne en el tiempo.

Como decimos, la lista de espera sanitaria en **Canarias** parece que tiene difícil solución mientras que no existan mejoras económicas para contratar trabajadores o generar programas especiales que mejoren el rendimiento. La falta de transparencia para publicar sus datos, de forma regular, ha sido la tónica general. Es bastante alarmante que el Gobierno de Canarias incumpla las normativas de plazos y tiempos de demora de su propia Orden de 26 de diciembre de 2006, que garantizaba un período máximo de espera para las intervenciones quirúrgicas entre 90 y 150 días, dependiendo del tipo de patología, puesto que la demora media en días para operación se sitúa en 160 días, la más alta del SNS, prolongando de manera desalmada el sufrimiento de los enfermos y la inquietud de sus familias. Además, de un año para otro el número de pacientes aguardando cirugía ha aumentado en 3.000, llegando ya hasta los 33.500, siendo neurocirugía, cirugía plástica y cirugía pediátrica las tres especialidades que acumulan mayor letanía. De hecho, en hospitales como el HUC existen retardos de dos años para reconstrucción mamaria.

Los años no pasan por las listas de espera de **Cataluña**. Recientemente, se ha sabido que la herencia del mandato de Boi Ruiz fueron 39.000 reclamaciones por culpa de los retrasos. Por eso, nada más relevarle Antoni Comín, el nuevo conseller, prometió reducir a la mitad las listas de espera de operaciones, garantizando que los recortes en sanidad no irían a más, mediante un plan de choque que incrementaría la actividad asistencial. Pero, finalmente el Govern ha rebajado el presupuesto para reducir las de 103 a 45 millones de euros, algo bastante preocupante pues pone en duda el objetivo para mejorar la gestión. La realidad nos muestra **300.000 personas en listas de espera**: 161.700 pacientes permaneciendo a ser operados (con un retraso medio de 110 días) y otros 138.600 pacientes esperando su turno para realizarse pruebas diagnósticas. Intervenciones de prótesis de cadera, artroscopias de rodilla, operaciones de cataratas, amígdalas, colecistectomías, etc., son patologías que, a día de hoy, para ser practicadas, en muchas ocasiones rebasan sobradamente los 130 días de espera. Por otro lado, también se ha conocido que Cataluña es la comunidad que más camas hospitalarias ha perdido, más de 2.000, producto de los anteriores recortes presupuestarios entre 2010 y 2014.

Continuado con el repaso, otra que suspende es la **Comunidad de Madrid**. Son ya 83.400 pacientes en lista de espera quirúrgica, 10.000 más que el curso anterior, con un promedio en torno a los 90 días de media. Las especialidades que superan con creces los tiempos son traumatología, neurocirugía y cirugía vascular. **El plan de choque de 80 millones de euros, implantado en enero, ha fracasado**. Resulta plausible, como signo de transparencia, su vuelta al antiguo sistema de contabilidad de pacientes, puesto que la capital ha regresado al cómputo estatal del Ministerio de Sanidad, del que fue expulsada, pero no cabe duda de que todavía está pagando el peaje de las falsas promesas y trucos del Gobierno de Esperanza Aguirre. Antes la inclusión de los pacientes se efectuaba tras la consulta con el anestesista para el preoperatorio y ahora se hace en el momento que el facultativo indica la intervención, esa es la explicación de por qué este año las cifras han alcanzado récords históricos. Ahora bien, dentro de este compendio existe una singularidad que no nos parece lícita, pese a ser una norma elaborada por la propia consejería de Sanidad, como es **excluir, a modo de castigo, a los pacientes que rechazan ir a la privada**. Para finalizar este apartado, hemos de romper una lanza a favor del equipo del consejero Jesús Sánchez Martos, ya que la comunidad madrileña es **la que mejor tramita y da respuesta a las reclamaciones que les trasladamos**; modo de trabajo del que deberían tomar nota otras comunidades como la andaluza o la gallega que no saben, no contestan.

El conjunto de comunidades, bajo nuestro criterio, con listas de espera deficientes lo completamos con la **Región de Murcia**. De ahí, el considerable aumento de los dígitos, con cerca de 30.400 murcianos en impasse de algún tipo de cirugía y, lo que aún es más grave, una tardanza que ronda los 127 días. Al respecto, los mayores retrasos los encontramos en cirugía plástica, otorrinolaringología y cirugía torácica. En relación a las denuncias que presentamos ante las diferentes Fiscalías, y que fueron archivadas, a diferencia de otras, la murciana, en el mes de agosto nos contestó reconociendo los hechos, pero diciendo que: “...si bien los hechos pudieran suponer un riesgo para la salud, no constituyen en sí mismos ilícito penal, que exigiría la producción de un resultado”. Precisamente una de las consecuencias del aumento en la comarca es la derivación de pacientes a la sanidad privada, mediante una política sanitaria que no está enfocada a mejorar las necesidades de salud de los murcianos, sino que en lugar de contratar más personal se estimula la colaboración público-privada. Nos referimos al plan de acción puesto en funcionamiento a través de un sistema de auto-concierto para operar por las tardes y la reordenación en quirófanos y consultas, el cual no ha funcionado si nos atenemos a los números.

Andalucía con un modelo de gestión “low cost” se ha convertido en **la región española con peores servicios sanitarios**. El fundamento lo encontramos en las credenciales esgrimidas desde que gobierna Susana Díaz: un **recorte de 1.600 millones de euros, 9.000 profesionales sanitarios menos, el cierre de 1.4000 camas hospitalarias y a la cola en gasto sanitario por habitante** (1.000 euros al año frente a los 1.500 euros que destina el País Vasco). Es más, el 57% de los hospitales andaluces y el 28% de las camas son ya privados, con el añadido de haber gastado 385 millones en conciertos con empresas sanitarias. El empeño político, de la presidenta, es mantener el sermón de la calidad, pero a costa de **menos inversiones**, pues el panorama de la Sanidad andaluza se encuentra en estado de **caos permanente**, con todos los sectores, en pie de guerra, protestando para que se mejore el sistema sanitario andaluz. Las **manifestaciones en Málaga, Granada y Huelva contra los recortes y la fusión hospitalaria** han tenido una gran repercusión. Los anteriores recortes han precarizado las condiciones laborales y

retributivas de los facultativos derivando en una situación de sobrecarga asistencial insufrible. En vez de contratar personal la Junta ha **reducido el tiempo por paciente de 7 a 6 minutos**. Otra cuestión escabrosa, de la que se ha tenido conocimiento a través del Sindicato Médico de Andalucía, es que **el SAS incentiva con mayor sueldo a los médicos que más recortan** mediante un plus variable de productividad en función, por ejemplo, de recetar medicamentos genéricos. Si seguimos con la suma, el documento interno del Complejo Hospitalario de Huelva, del que también se supo, con instrucciones directas al personal administrativo para dar largas a los pacientes, es otra muestra de atención fracturada. Una grieta más a anexar es que tanto los médicos, como los pacientes que hayan sufrido una negligencia médico sanitaria en la Sanidad pública andaluza se han quedado **sin seguro de responsabilidad civil** puesto que la multinacional Zúrich no ha querido seguir asegurando al sistema sanitario más pobre de toda España. Además, se da la circunstancia de que **es la comunidad con mayores plazos para la reconstrucción mamaria**, como hemos podido constatar, con demoras de hasta cinco años, en el Regional Universitario de Málaga o en el Virgen de las Nieves de Granada. En definitiva, todas estas carencias no hacen más que alimentar el rumor de que es falsa la tasa de 58 días de media para intervención que el SAS publicita como una de la mejores a nivel nacional, que significa un mes menos que en el SNS. Nos frotamos los ojos y no nos creemos dicha cifra. Aparte, en torno a 94.500 andaluces están pendientes de pasar por las manos del cirujano. Neurocirugía, traumatología y cirugía maxilofacial, son las especialidades que presentan mayor número de enfermos. Está por ver si la reciente creada comisión (para mejorar las listas de espera) y el proyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad (para blindar la sanidad pública) obtienen sus beneficios o es pura labor de marketing de cara a seguir maquillando y disfrazando la situación caótica que tolera Andalucía. Hacemos nuestro el lema del Colegio de Médicos de Málaga: **“Sin recursos no hay sanidad”**.

Otras dos que han retrocedido bastante son la Comunidad Valenciana y Castilla y León. debido a que ambas sobrepasan las 100 jornadas en la quirúrgica.

Abordando el perfil de la **Comunidad Valenciana**, la dilación media para cirugía se sitúa en los 115 días, con más de 60.000 pacientes engrosándola. En relación a ello, las patologías que más quebraderos de cabeza dan son cirugía plástica, cirugía pediátrica y neurocirugía. Según la consellera, Carmen Montón, **la causa de esta considerable subida se debe a que el gobierno anterior manipuló las listas de espera** dejando a unos 10.000 ciudadanos fuera de los registros y 3’7 millones de días sin contabilizar. Lo de siempre, la lista oficial y la lista oculta, haciendo desaparecer del recuento a los pacientes que declinan ir a clínicas privadas. El arquetipo sanitario de esta región, como el de otras muchas, para poder resolver los plazos, se sostiene en un **plan de choque destinado a favorecer las arcas de la sanidad privada a base de conciertos**, lo cual está levantando muchas suspicacias a raíz de saberse que ‘Ribera Salud’ ha desviado beneficios millonarios de hospitales públicos a espaldas de la Administración, con concesiones que afectan a más de 600.000 pacientes de hospitales como el de Alzira, Elche o Torrevieja. Supuestamente una central de compras, desde hace años ha estado facturando comisiones confidenciales a distintos laboratorios que venden sus medicamentos en hospitales públicos sin que la Generalitat Valenciana tuviera conocimiento, mediante un procedimiento de compra de productos a un precio marcado por los propios laboratorios donde existe un desbarajuste tremendo por las comisiones generadas. Un vivo ejemplo de la **falta de control de la Administración pública valenciana** por preocuparse de cobrar el dinero público y saber gestionarlo. Como aspecto favorable **subrayar el buen afán de la Conselleria a la hora de contestar y tramitar las reclamaciones que le trasladamos**.

Siguiendo con esta disección, de igual modo, **Castilla y León** ha experimentado un considerable marchitamiento. 34.000 es el número de pacientes que se encuentran pendientes de una llamada hospitalaria para pasar por el quirófano, con un promedio que se erige hasta los 104 días, prácticamente un mes más que en 2015. El talón de Aquiles de esta rama, principalmente lo encontramos en estos tres hospitales: El Bierzo de Ponferrada, Universitario de Salamanca y Río Hortega de Valladolid. Las especialidades que acumulan el mayor volumen son traumatología, cirugía plástica y urología. Es tangible que, en esta comarca, **las listas de espera son el principal problema de la sanidad regional**. Por esta razón el equipo del consejero de Sanidad, Antonio María Sáez Aguado, en marzo puso en marcha el **‘Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera (Percycles)’** con la finalidad de obtener resultados a largo plazo, concretamente para 2019. El Sacyl se ha marcado reducir los guarismos por encima de un 30%. Sin embargo, hasta la fecha, **el plan está resultando estéril porque los datos se han engrandecido. Echamos en falta un aumento de plantilla**, pero para ello se necesita una sólida inyección económica, no una mera reorganización, sin recursos humanos suficientes, encaminada a fortalecer la sanidad privada a razón de convenios con un gasto, como se ha conocido, que ronda los 140 millones de euros. En otro orden de cosas, estimamos que el plan debería haber incluido infraestructuras largamente demandas como el centro de salud de La Magdalena (Valladolid), el de Sahagún (León), el de Villalpando (Zamora), el de Calzada de Valdunciel (Salamanca) o el hospital comarcal de Aranda de Duero (Burgos).

Castilla-La Mancha tampoco hace los deberes. En estos momentos el tiempo que hay que esperar para someterse al bisturí se eleva a 120 jornadas de media. A pesar del ascenso en la espera media, **los dígitos aportan que hay menos personas que entraron en las listas de espera con respecto al año pasado**, un total de 35.900. El punto débil lo encontramos en cirugía plástica, cirugía pediátrica y traumatología. Su actividad sanitaria se puede simplificar en una **disputa dialéctica entre los principales partidos políticos, a la gresca diaria** ante la opinión pública. A las pruebas nos remitimos. El partido gobernante ha estado vendiendo, a bombo y platillo, durante todo 2016, que han conseguido los mejores índices de listas de espera en los últimos seis años, mientras que, por el contrario, el partido de la oposición continuamente ha acusado a la Junta de adulterar los datos. ¿A quién creer? Cuando el gobierno estaba invertido pasaba lo mismo, pero al revés. Para añadir un poco de surrealismo a este forcejeo de cifras, el partido de la oposición ha estado todo el curso exigiendo un plan urgente para aligerar las listas de espera con un presupuesto claro y que incluya contrataciones. Es decir, ahora exigen lo que ellos no hicieron cuando gobernaban. Es de risa. **Este enfrentamiento es el ejemplo, por antonomasia, de la politización de la Sanidad española**. Visto desde fuera, ambos partidos parecen más interesados en meterse en trifulcas, de si miente o no el opositor, que de la problemática en sí que conlleva los tiempos de espera e inquieta a la ciudadanía.

El panorama que se vislumbra dentro del ámbito sanitario en **Galicia** no es muy halagüeño. Su lista de espera siempre han sido su seña de identidad negativa, aunque hay que reconocer que ha mejorado ligeramente con respecto a unos años atrás. Aun así, unos 33.000 pacientes están pendientes de una intervención con un retraso alrededor de 75 días. No obstante, **ponemos en entredicho la media quirúrgica** ya que el Sergas es muy opaco en la actualización de sus datos y nuestra percepción nos ha demostrado que **cuando la información es escasa significa que las cifras se acicalan**. Las patologías que más flaquean son traumatología, cirugía plástica y cirugía maxilofacial. En esta comunidad juega un papel destacado lo que se conoce como **lista de espera estructural**

y lista de espera no estructural. Nos referimos a que el Sergas ofrece la posibilidad de agilizar las operaciones ofertando a los ciudadanos clínicas concertadas, pero los que rechazan dicha opción son penalizados pasando a la lista de espera “no estructural”, que tiene un plazo de espera superior, con suspensión temporal de las garantías de demora. Esta argucia raya la ilegalidad, porque ese plazo superior puede traducirse en años, a tenor de las protestas que hemos recibido. No en vano, el sindicato médico de Galicia ha venido criticando la forma en que la Xunta computa los tiempos, considerando que los resultados finales se desvirtúan. En relación a esto, en noviembre, el Sergas fue condenado a indemnizar a un ourensano que se vio obligado a acudir a la sanidad privada ante las excesivas listas de espera del CHUO. Incluso habría que subrayar otras denuncias que hemos recogido de personas derivadas a la privada para ser operadas y que no han quedado bien, teniendo que ser reintervenidas en la pública lo que supone un doble gasto económico, síntoma de una nefasta gestión. Por otro lado, al igual que nos ocurre con Andalucía, **la Conselleria de Sanidade no contesta a las reclamaciones que le planteamos**, detalle que no nos pilla por sorpresa observando que al frente de la misma hay un conselleiro, Vázquez Almuíña, que para defender el cierre de camas en verano declara que *“las camas son importantes en hoteles y no tanto en hospitales”*. Demencial. Los pacientes gallegos no merecen que sus derechos sean vulnerados por parte de su máximo representante sanitario. En otra vertiente debemos realzar la labor del **servicio de atención al paciente del CHUAC** con respecto a la práctica de esta Asociación en cuanto a: entrega de documentación ordenada, perfectamente clasificada y foliada, información puntual, etc. Este servicio ha de ser un espejo para el resto de hospitales de la red gallega que no llegan al aprobado. Para finalizar no quisiéramos pasar por alto el infausto funcionamiento del Hospital Álvaro Cunqueiro que acumula multitud de quejas.

Otra comunidad con demoras abusivas es **Extremadura**. Hasta los 125 días se sitúa la media para intervención, un incremento de más de un mes con respecto a 2015. En cambio, son 21.500 pacientes los que la acrecientan, es decir, casi 2.000 ciudadanos menos que el pasado año. Cirugía plástica, urología y traumatología son las especialidades con más retardo. Ésta debilitada tesitura perdura como consecuencia de los recortes sanitarios de años anteriores y por **la lista de espera sumergida** que surgió, de la nada, cuando hubo un cambio de Gobierno, apareciendo 100.000 pacientes sin cita de ningún tipo. El entorno sanitario es muy similar al de Castilla-La Mancha, con los dos partidos políticos mayoritarios enfrascados en un debate público constante que va en detrimento de las necesidades reales de los extremeños. El patrón de la Consejería de Sanidad es el mismo que el de la mayoría de las regiones: **oscurantismo a raudales, información exigua y conciertos con la privada**. Incluso algunas reclamaciones que hemos recibido, de las diferentes áreas de salud, nos muestran que **se cita a pacientes, se les saca de la lista de espera, luego se les anula la consulta y de nuevo se les vuelve a citar, por lo que ni figuran en el cómputo ni son atendidos**. No obstante, nos parece un tanto ridículo que el partido de la oposición pretenda llevar la situación a los tribunales, no porque sus representantes no estén en su derecho o no tengan razón, sino porque cuando estaban en el poder hicieron lo mismo e incluso fueron los antecesores de la aludida lista de espera sumergida.

Navarra, Aragón y Cantabria también se encuentran en números rojos, al haber sobrepasado de forma acentuada la media nacional de días para intervención: 111, 110 y 100 respectivamente. En cuanto al número de pacientes, en Aragón ha ascendido de 24.300 a 26.000, mientras que en Cantabria ha descendido de 9.100 a 8.900 y en Navarra igualmente de 9.200 a 9.100. Los máximos retrasos los hallamos en cirugía plástica, cirugía pediátrica y neurocirugía. La radiografía es muy sencilla, al igual que el resto necesitan ultimar estrategias que maximicen la eficiencia de sus recursos en horarios de mañana y, si no es suficiente, habrá que intentar alargar la jornada de quirófano o bien apoyarse en sesiones de tarde. Exceder la barrera de cien días para ser operado es un asunto grave que esperamos que se resuelva con celeridad. Por este motivo, cuando se hace un proyecto de la evolución de las listas de espera hay que presupuestar adecuadamente y en las tres han fracasado las medidas.

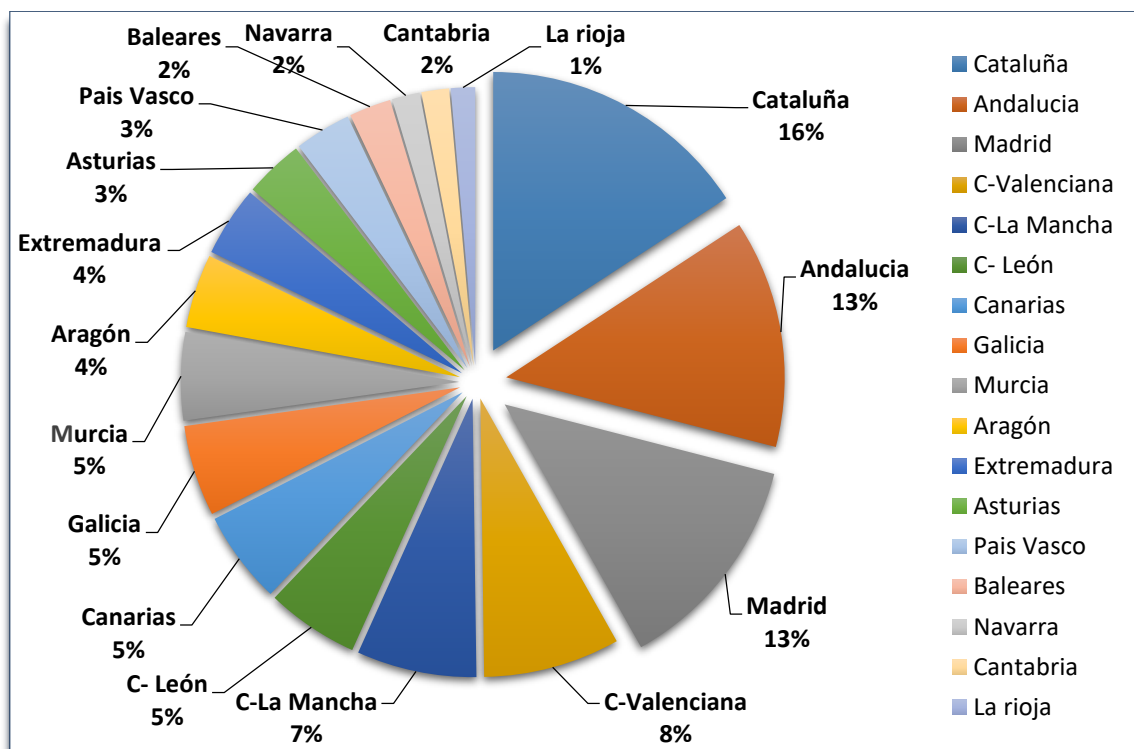
Asturias se sitúa en la zona templada, aunque sus listas de espera se encuentran en el ojo del huracán a raíz de la doble **investigación abierta por la Fiscalía para esclarecer si hubo un trato de favor a altos cargos en urología del HUCA** y además por una posible divulgación de historias clínicas de pacientes. La cifra de asturianos que la completan ha descendido ligeramente hasta los 18.000, así como la demora quirúrgica también se ha visto reducida en proporción al pasado ejercicio, pasando de 86 a 83 jornadas, siendo las ramas de otorrinolaringología, traumatología y urología donde los tiempos despuntan con creces. Otro interrogante que ha generado gran polémica y que ha marcado el devenir sanitario del Principado fue la **denuncia del maquillaje de las listas** por parte del área de digestivo del Hospital de Cabueñes. Hubo bastante jaleo político en torno a la **comisión de investigación** creada para la causa, a partir de que un médico, con arrojo y valor, se atrevió a asegurar que **solicitudes de pruebas se guardaban en carpetas en lugar de registrarse informáticamente**. En consecuencia, lo ideal hubiera sido practicar una **auditoría externa**.

Al igual que en la región asturiana, en la zona moderada de esta encrucijada convergen dos comunidades que coinciden en varias semejanzas. Estamos hablando de **Baleares y La Rioja**. En la primera contabilizamos unos 14.000 pacientes esperando una cirugía, mientras que en la segunda computamos unos 7.800 pacientes para lo mismo. Se da la coyuntura, en ambas, de haber conseguido disminuir considerablemente los parámetros de días para operación (77 y 42 comparativamente). Las especialidades que superan notablemente los dígitos apuntados son cirugía plástica, neurocirugía y angiología y cirugía vascular.

Concluyendo, al igual que en 2015, solamente podemos dar el visto bueno a la gestión del **País Vasco**, con 17.700 personas demorando y una dilación sobre los 50 días. Traumatología, urología y otorrinolaringología son las patologías que mayores prórrogas acumulan. Por poner alguna pega, **recriminaremos esperas de hasta tres años en intervenciones de fimosis y vasectomías**.

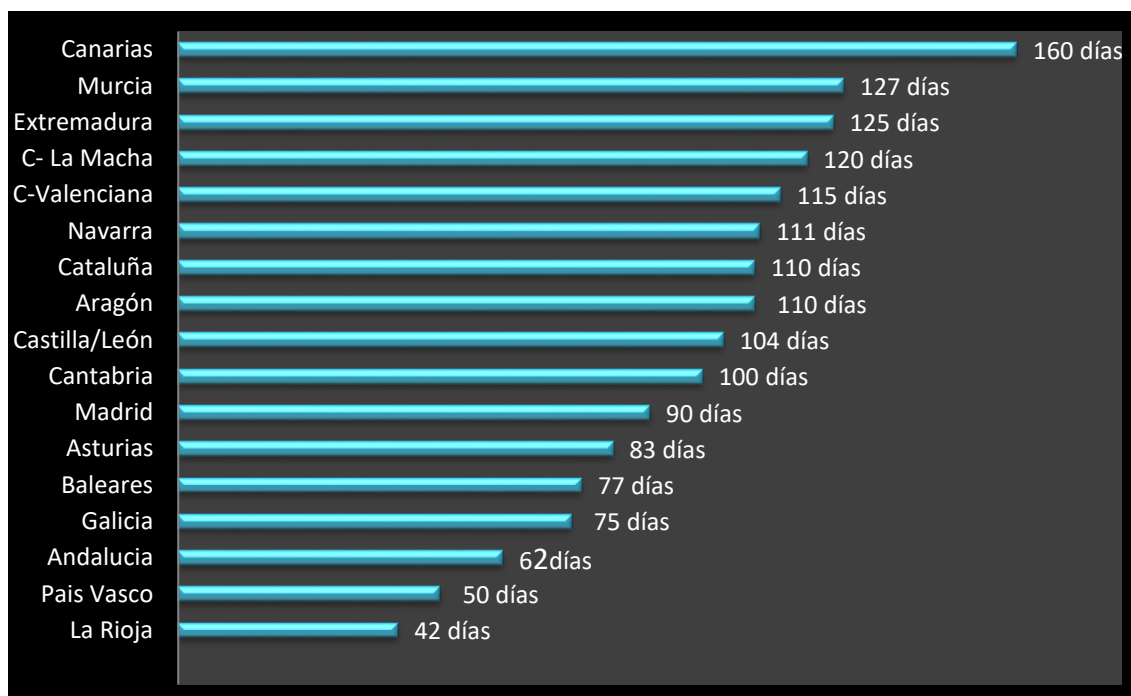
Como punto y final, la falta de rigor de las Consejerías de Sanidad es indiscutible. Cortadas todas con el mismo patrón, endulzan los datos y públicamente, mediante fuegos artificiales, se vanaglorian de sus logros. La mayoría abusan de agendas cerradas, naufragando en los retrasos de pruebas diagnósticas, operaciones y citas con el especialista.

689.400 PACIENTES en LISTA de ESPERA QUIRÚRGICA – 2016



COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº de PACIENTES en LISTA ESPERA
CATALUÑA	161.700
ANDALUCÍA	94.500
MADRID	83.400
C. VALENCIANA	60.000
C – LA MANCHA	35.900
CASTILLA/LEÓN	34.000
CANARIAS	33.500
GALICIA	33.000
MURCIA	30.400
ARAGÓN	26.000
EXTREMADURA	21.500
ASTURIAS	18.000
PAÍS VASCO	17.700
BALEARES	14.000
NAVARRA	9.100
CANTABRIA	8.900
LA RIOJA	7.800

98 días de DEMORA media para INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA – 2016



COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEMORA MEDIA en días para INTERVENCIÓN
CANARIAS	160
MURCIA	127
EXTREMADURA	125
C-LA MANCHA	120
C.VALENCIANA	115
NAVARRA	111
CATALUÑA	110
ARAGÓN	110
CASTILLAyLEÓN	104
CANTABRIA	100
MADRID	90
ASTURIAS	83
BALEARES	77
GALICIA	75
ANDALUCÍA	62
PAÍS VASCO	50
LA RIOJA	42

ESTADÍSTICAS por COMUNIDADES más denunciadas: HOSPITALES y PATOLOGÍAS.

1. MADRID (3.468 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Doce de Octubre
- 2º Hospital Universitario Gregorio Marañón
- 3º Hospital Ramón y Cajal
- 4º Hospital Universitario La Paz
- 5º Fundación Jiménez Díaz

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

2. ANDALUCÍA (2.585 Casos).

- Sevilla 753
- Málaga 730
- Cádiz 294
- Córdoba 261
- Granada 191
- Almería 141
- Jaén 127
- Huelva 88

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío
- 2º Complejo Hospitalario Regional Carlos Haya
- 3º Hospital Universitario Virgen de la Victoria
- 4º Complejo Hospitalario Regional Virgen de la Macarena
- 5º Hospitalario Universitario Puerta del Mar

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

3. CATALUÑA **(2.199 Casos).**

- Barcelona 1749
- Tarragona 254
- Girona 106
- Lleida 90

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari Vall D'Hebron
- 2º Hospital Universitari de Bellvitge
- 3º Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- 4º Hospital Sant Joan de Déu
- 5º Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

4. COMUNIDAD VALENCIANA **(1.401 Casos).**

- Valencia 777
- Alicante 541
- Castellón 83

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari i Politècnic La Fe
- 2º Hospital General Universitario de Alicante
- 3º Hospital Universitari Doctor Peset
- 4º Hospital General Universitario de Valencia
- 5º Hospital Clínico Universitario de Valencia

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

5. GALICIA (765 Casos).

- A Coruña 327
- Pontevedra 303
- Ourense 93
- Lugo 42

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

6. CASTILLA-LA MANCHA (715 Casos).

- Toledo 245
- Ciudad Real 189
- Albacete 125
- Guadalajara 104
- Cuenca 52

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

7. CASTILLA y LEÓN (641 Casos).

- León	164
- Valladolid	160
- Burgos	82
- Salamanca	70
- Ávila	47
- Segovia	46
- Zamora	28
- Palencia	25
- Soria	19

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- 2º Complejo Asistencial de León
- 3º Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid
- 4º Complejo Asistencial Universitario de Burgos
- 5º Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

8. PAÍS VASCO (512 Casos).

- Vizcaya	341
- Guipúzcoa	131
- Álava	40

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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



9. MURCIA (471 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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



10. ARAGÓN (344 Casos).

- Zaragoza 246
- Huesca 78
- Teruel 20

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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



11. CANARIAS (343 Casos).

- Sta. Cruz de Tenerife 196
- Las Palmas de G.C. 147

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

12. EXTREMADURA  (326 Casos).

- Badajoz 194
- Cáceres 132

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

13. ASTURIAS  (319 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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



14. BALEARES (257 Casos).

- Palma de Mallorca 170
- Ibiza 60
- Menorca 24
- Formentera 3

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari Son Espases
- 2º Hospital Son Llätzer
- 3º Hospital Can Misses
- 4ª Hospital Mateu Orfila

- Servicios y patologías más denunciadas:

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



15. CANTABRIA (249 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- 2º Hospital Sierrallana
- 3º Hospital Comarcal de Laredo

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

16. NAVARRA  **(109 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 Cirugía general
- 3º Traumatología
- 4º Urgencias
- 5º Ginecología y obstetricia

17. LA RIOJA  **(74 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

18. CEUTA y MELILLA  **(24 Casos).**

- Ceuta 14
- Melilla 10

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

- **841 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médica** hemos recibido durante 2016 en 'El Defensor del Paciente', lo que equivale a **35 pacientes más que en 2015**. 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.

- **302 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 ido reduciendo ostensiblemente, con respecto a otros años, sinónimo de que con la crisis las personas se someten en menor medida a este tipo de intervenciones.

- **139 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.

- **44 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.

- **56 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.

- **108 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 7 casos más contabilizados con respecto a 2015.

- **90 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.

- **33 casos de contagiados por hepatitis C (VHC)**. El guarismo desciende mínimamente en relación al año anterior, con 4 casos menos. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.

- **29 casos de intervención láser (oftalmología)** con mal resultado, secuelas o pérdida de visión. La cifra es muy parecida en relación a 2015. 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.

SERVICIOS y PATOLOGÍAS MÁS DENUNCIADAS en 2016

1º - Listas de Espera

2º - Cirugía general

3º - Urgencias

4º - Traumatología

5º - Ginecología y Obstetricia

6º - Odontología y maxilofacial

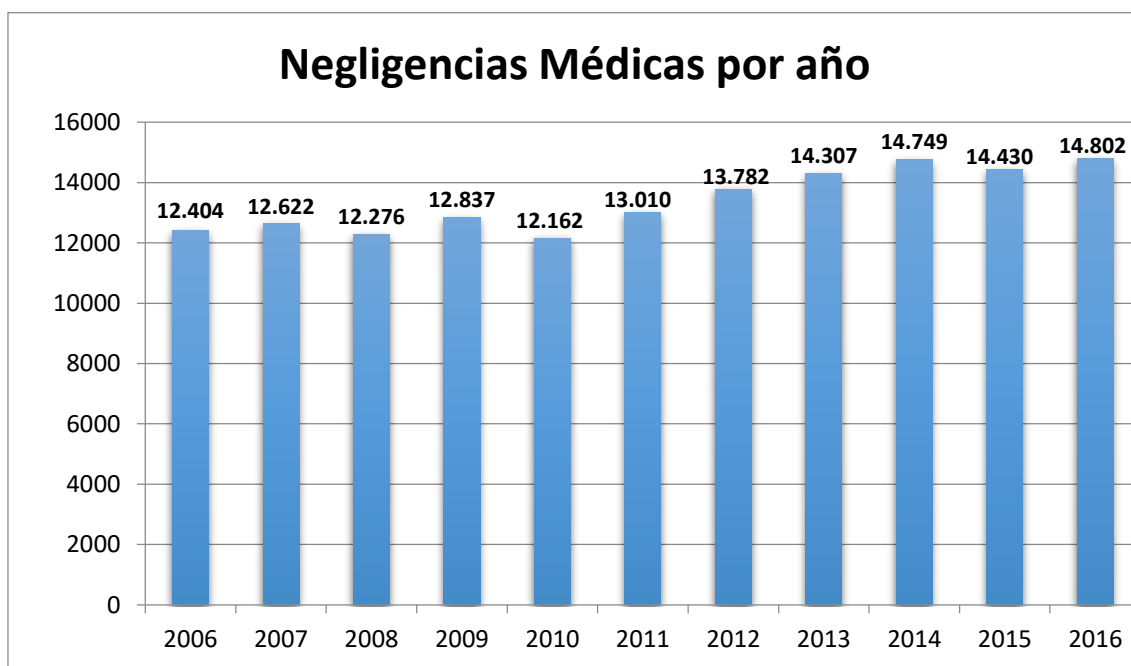
7º - Transporte sanitario y Ambulancias (112 y 061)

8º - Anestesia y reanimación

9º - Urología

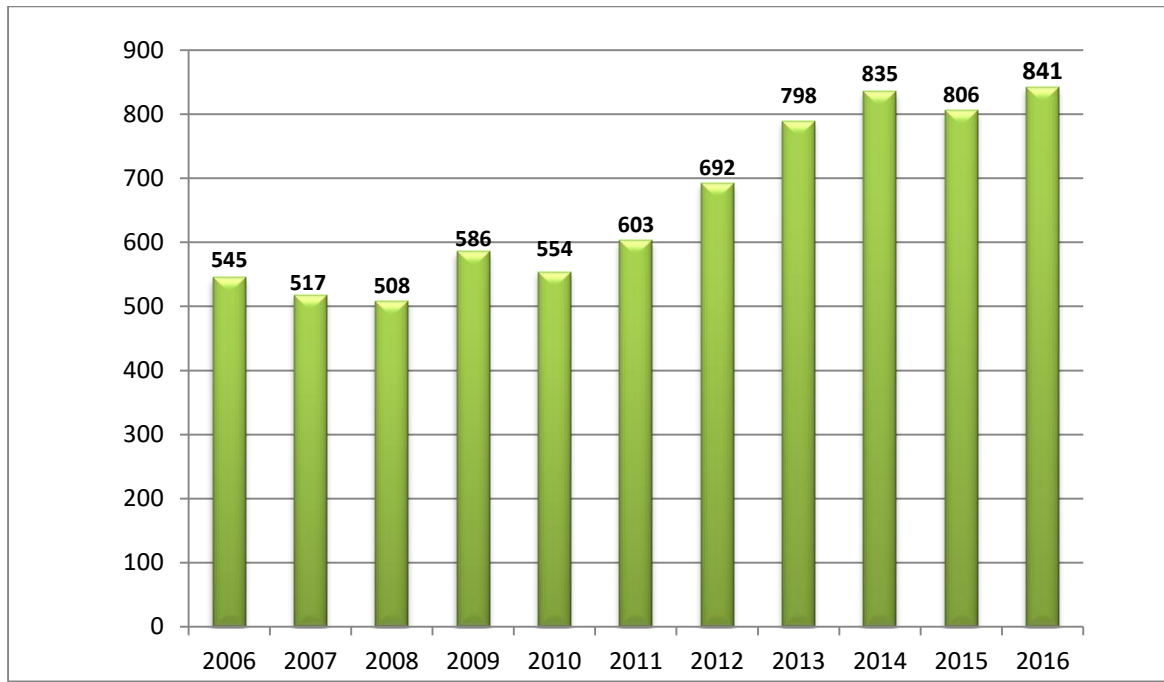
10º - Neurocirugía

ESTADÍSTICAS de casos recibidos en El DEFENSOR del PACIENTE por negligencia médica en el período comprendido entre 2006 y 2016.



AÑOS	NEGLIGENCIAS
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
2015	14.430
2016	14.802

Fallecimientos por Negligencias Médicas



AÑOS	FALLECIMIENTOS
2006	545
2007	517
2008	508
2009	586
2010	554
2011	603
2012	692
2013	798
2014	835
2015	806
2016	841

ÍNDICE

MEMORIA 2016	1
OPINIÓN	2
ATENCIÓN PRIMARIA	4
SALUD MENTAL	5
URGENCIAS	6
JUSTICIA	8
LISTAS DE ESPERA	10
ESTADÍSTICA 2016 por COMUNIDADES	20
Nº de FALLECIDOS, DISCAPACITADOS, etc	28
SERVICIOS y PATOLOGÍAS más denunciadas	29
ESTADÍSTICAS NEGLIGENCIAS 2006 / 16	30
ESTADÍSTICAS FALLECIMIENTOS 2006 / 16	31
ÍNDICE	32