



Asociación 'El Defensor del Paciente'

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

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

Telf.: 91 465 33 22 - 91 755 41 53 – 629 20 86 43

defensorpaciente@telefonica.net

www.negligenciasmedicas.com

MEMORIA 2017

Como en años anteriores hacemos balance de los casos que nos han llegado a lo largo de 2017 por presuntas negligencias médico-sanitarias. A diferencia del curso anterior, el número de negligencias en España ha descendido considerablemente. Este año hemos recibido un total de **13.983 casos** (819 menos que en 2016), de los cuales **781 han sido con resultado de muerte** (60 menos que en 2016). Cabe señalar que las cifras son muy parecidas a las de cinco años atrás en 2012.

Abrir la puerta para dar entrada a las negligencias médicas es una necesidad no solo de reclamar justicia y reconocimiento para las víctimas, sino que además debe considerarse como una **herramienta de reflexión que nos permita modificar aquellos aspectos de la sanidad que necesiten ser transformados para optimizar el funcionamiento y minimizar al máximo este tipo de errores**. La salud es lo primero.

El mayor pecado de la Sanidad española es que no dispone de un sistema de corrección de errores porque a las autoridades sanitarias no les interesa. Es preferible que estos datos estén ocultos. Errar es humano, pero ocultarlos, no. Para calibrar la realidad del problema tendremos que aproximarnos a las cifras que otros países, de referencia en medicina, ofrecen a su ciudadanía. Así, en un análisis divulgado por *'The Journal of the Royal Academy of Medicine'*, los investigadores de la escuela de higiene y medicina de Londres, universidad de Oxford y Blackburn, han ligado **30.000 muertes en Reino Unido por los recortes en sanidad y servicios sociales**. Por otro lado, **la falta de seguridad del paciente y la merma en calidad asistencial se cobra la vida de 100.000 personas al**

año en Estados Unidos, reconocido por las autoridades sanitarias norteamericanas.

OPINIÓN: España, ese paciente enfermo sin diagnóstico y tratamiento.

El deterioro de la sanidad pública sigue su camino. **España es un paciente enfermo que desconoce su diagnóstico y tratamiento**, si nos atenemos a la crisis económica y la **reducción del gasto sanitario** que han agravado la situación. Si seguimos sumando, el salario de los profesionales se ha reducido de forma acentuada desde 2009, existe una ausencia clara de inversiones, el tercio del equipamiento tecnológico en los hospitales españoles supera los 10 años de antigüedad y el gasto farmacéutico también cotiza a la baja. Demasiados baches en ese camino.

De esta forma, repasando algunos titulares de prensa, aparecidos en 2017, nos daremos cuenta de la triste realidad en contraposición a los mandatarios sanitarios que sacan pecho promocionando *“la mejor sanidad de Europa”*. La vida de las personas se pone en peligro. Juzguen ustedes mismo:

“El 80% de los españoles cree que el sistema sanitario necesita cambios”. “Los médicos catalanes sospechan un fraude en las listas de espera”. *“Profesionales sanitarios protestan por el “maltrato” y los recortes”*. “El ‘maquillaje’ de las listas de espera cuesta el puesto a la directora quirúrgica del hospital de Burgos”. *“España registra la cifra más baja de camas de hospital de su historia”*. “O te operas en la privada o te echamos de la lista”. *“Es una vergüenza que solo haya dos ambulancias pediátricas en Cataluña”*. “Mantas y calefactores de casa para paliar el frío en el hospital Virgen Macarena”. *“Muere una niña mientras esperaba una ambulancia en Blanes”*. “Moscas en los quirófanos del hospital de Ibiza”. *“Un hombre se encadena en el Ventorrillo para protestar por las listas de espera”*. “Expedientan a una doctora en Segovia que denunció que su jefe gestiona las urgencias “como un cortijo””. *“Pacientes en los pasillos y sin duchas en el hospital de Torrecárdenas”*. “Dos detenidos en Granada por cobrar para alterar las listas de espera del SAS”. *“Un juzgado investiga si ocho muertes fueron por listas de espera den la Vall d’Hebron”*. “Me intentaron facturar en urgencias de un hospital de Madrid, aunque soy menor”. *“Un médico de familia de Campo de Gibraltar será indemnizado por exceso de pacientes”*. “Fisioterapeutas denuncian las listas de espera de más de dos meses para recibir rehabilitación en la sanidad pública”. *“España ha perdido un 2% de sus camas hospitalarias desde los recortes”*. “Mi abuela estuvo más de ocho horas en los pasillos de urgencias con 96 años y la extremaunción dada”. *“Un paciente sordo espera casi siete horas en Urgencias porque le llamaron por megafonía”*. “El padre de la fallecida en Valme: “Los recortes han influido en que mi hija haya perdido la vida””. *“Pacientes con cáncer de vejiga se quedan sin tratamiento por falta de suministro”*. “Muere una mujer en el hospital de Úbeda tras trece horas sin asistencia médica”. *“Es SAS tarda dos meses en efectuar una biopsia urgente a un paciente con cáncer”*. “El joven que murió tras cuatro visitas a Urgencias falleció de una pancreatitis”. *“Denuncia una espera de 16 meses para una operación de cadera en A Coruña”*. “Trabajadores del hospital de A Coruña denuncian que un centenar de camas permanecen cerradas”. *“Más de un mes esperando en Alicante a que le digan cuándo le operan de un cáncer de riñón”*. “El TSJ de la Comunidad Valenciana confirma 4,5 años de cárcel a un médico por estafa y falsedad en documento”. *“Pacientes de ictus recurren a la rehabilitación*

privada por la falta de fisioterapeutas en el SAS". "Sanidad admite la falta de cirujanos pediátricos, pero no tiene soluciones". "*El INSS de Zaragoza deniega la incapacidad a un auxiliar de enfermería en silla de ruedas*". "La falta de psiquiatras impide aplicar el plan de salud mental de la Generalitat".

Desde nuestro punto de vista, **la principal causa de la sintomatología del sistema sanitario nacional se debe a que los presupuestos en Sanidad son absolutamente insuficientes**, por lo que es preciso un compromiso social y político puesto que los recortes que han gobernado, en años anteriores, se siguen manteniendo. De este modo, el bajo gasto público sanitario de la sanidad española es uno de los más bajos de la Unión Europea. De continuar la misma tónica, la sanidad pública continuará perdiendo capacidad de acción para afrontar retos como el envejecimiento activo, cronicidad, prevención, etc. En definitiva, **España se gasta en sanidad pública mucho menos de lo que le corresponde por su nivel de riqueza**, lo cual supone el mayor error de esta política de austeridad. Quizás una de las medidas, para dar una vuelta de tuerca a esta tesitura, sería incrementar el PIB (Producto Interior Bruto), como mínimo 1 punto y destinarlo a Sanidad, a objeto de adoptar medidas como: el incremento presupuestario de un 15% en personal y medios técnicos, el aumento de un 20% de camas hospitalarias, etc.

En relación a ello, dado que en los tiempos que corren está en boga el cumplimiento de la Constitución Española de 1978, viene al caso echar la vista y recordar que después de las Elecciones Generales del 15 de Junio de 1977, fue aprobada y elaborada por las Cortes a partir de una iniciativa parlamentaria. Dentro de la misma se recoge una serie de derechos y deberes fundamentales para todos los ciudadanos, como queda recogido en el Artículo 43:

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria.*

A día de hoy, tras casi 40 años de su entrada en vigor, podemos afirmar con rotundidad que dicho artículo de la venerada Constitución no se cumple a tenor de los casos que recibimos. **Victorias de la Democracia como el derecho a la sanidad o a la justicia se han perdido**. El ciudadano percibe diariamente cómo quienes nos gobiernan desmantelan, en favor del sector privado, poco a poco los elementos de un Estado de Bienestar que aseguraba, hasta hoy, aquellos servicios y prestaciones más básicos. **Han convertido la Sanidad en un negocio**.

Limitar el derecho a la salud con la Constitución y con varios Estatutos de Autonomía es un fuerte impacto. Si bien es cierto que en su artículo 86.1, se señala que el Gobierno tiene potestad en casos de urgente necesidad aprobar Reales Decretos, esa potestad no permite afectar a derechos fundamentales o al régimen de las Comunidades Autónomas. Así pasa, que en España tenemos 18 Servicios de Salud, uno en cada Comunidad Autónoma y el INGESA que depende del Gobierno para prestar asistencia en Ceuta y Melilla, lo cual ha supuesto tremendas diferencias para los ciudadanos, a nivel de derechos, dependiendo de su lugar de residencia.

En definitiva, la equidad en el acceso a la protección de la salud de muchos españoles se está viendo afectada porque **no se está cumpliendo la Constitución**, ni la Ley General de Sanidad, ni la Ley de cohesión y calidad, etc. Por lo tanto, si el Gobierno aplica el cumplimiento de unos artículos de la Constitución para garantizar el bienestar social en el país, de la misma manera debería aplicar otros que garanticen el acceso a la salud pública de todos los españoles en condiciones de igualdad. Es justo y necesario.

FALTA de ESPECIALISTAS – El azote del sistema sanitario público.

En la actualidad, la falta de especialistas médicos se ha acentuado de manera notable, convirtiéndose en una de las mayores complicaciones a las que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud (SNS).

La Oficina Europea de Estadística, más conocida como Eurostat, recientemente ha apuntado que en 2015 España contaba con **186 especialistas por cada 100.000 habitantes**, un dato que apenas disiente del ofrecido por el Ministerio de Sanidad. Pero más allá de la cantidad de especialistas, dicha escasez se relaciona con la **falta de planificación en materia de personal**, el tipo de enfermedades, las áreas de formación de los profesionales, la distribución de los mismos, la infraestructura en los recintos asistenciales, la capacidad formadora de los Colegios de Médicos y los incentivos para que los facultativos lleguen a las zonas más alejadas.

En nuestra opinión, en España confluyen dos circunstancias: **déficit de profesionales y mala reasignación**. El SNS ha evolucionado favorablemente en infraestructuras y en la preparación de sus más de 600.000 profesionales, pero **está dilapidando sus recursos humanos por las diferencias retributivas**. La brecha salarial entre especialistas se dispara y el éxodo de médicos y enfermeros a otros países es cada vez más pronunciado.

Entendemos que las mejores **medidas** para paliar la falta de médicos en algunas especialidades y zonas geográficas, por este orden, serían: la **estabilidad laboral**, la **retribución económica** y el **incremento de plazas MIR de especialidades deficitarias a través de ofertas de empleo público**.

Por lo general, un alto porcentaje de los médicos españoles está en edad de jubilación y sin recambio, hasta tal punto que algunas comunidades autónomas han lanzado campañas para captar profesionales ofreciendo contratos de larga duración. El problema es especialmente grave en el medio rural y en los hospitales comarcales.

Recientemente, la celebración del Consejo Interterritorial del SNS ha puesto de manifiesto la exigencia, por parte de numerosas comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad, de medidas urgentes por este mal acuciante que les azota. Por lo que hemos observado, la carestía de especialistas afecta principalmente a **Canarias, Aragón, Cantabria, Extremadura, Navarra, Andalucía, Baleares, Asturias, Castilla-La Mancha y Castilla y León**. Al hilo de esto, las ramas más necesitadas **son pediatría y médicos de familia**. Contamos con muy pocos pediatras en relación al número de niños existente. Oncología, ginecología, oftalmología, anestesiología, urología y dermatología son las otras especialidades en las que no hay profesionales, como consecuencia de las jubilaciones. Aquí podemos encontrar la respuesta a por qué en algunos hospitales hay consultas con agendas cerradas.

Los planes de recursos humanos, que barajan poner en funcionamiento las comunidades autónomas, pasan por captar facultativos mediante las redes sociales o en foros como los colegios profesionales. Otra opción es **retrasar la edad de jubilación** para que puedan seguir ejerciendo los médicos de más de 65 años. Una vez más, vuelve a quedar claro que, **el Ministerio de Sanidad no pinta nada dejando la solución en manos de las comunidades autónomas.**

Consentimiento Informado - Su ausencia sinónimo de condena.

Cada año va *in crescendo* el número de pacientes que se dirige a ‘El Defensor del Paciente’ para solicitarnos asesoramiento a cerca de la legalidad del consentimiento informado (C.I.) que les dan a firmar antes de una intervención quirúrgica. En otros casos, aunque cueste creerlo, todavía en pleno siglo XXI, se siguen dando casos en los que no se entrega. Cabe recordar que **la ausencia del consentimiento informado supone condena a pesar de buena praxis.** Es más, alrededor de un 70% de las reclamaciones relacionadas contra los facultativos están basadas en la falta o el defecto del consentimiento informado.

Estamos hablando de un documento por el que el paciente autoriza un tratamiento terapéutico o prueba diagnóstica una vez ha sido previamente informado por el médico sobre los detalles del acto médico: diagnóstico, riesgos típicos del tratamiento, complicaciones seguras y previsibles, alternativas de tratamiento y sus riesgos, pronóstico en caso de aceptar dicho tratamiento y en caso de no aceptarlo, así como los riesgos raros o excepcionales si son graves.

¿Cuándo firmarlo? Lo aconsejable, al igual que cualquier otro documento, es leerlo de forma atenta y muy detenidamente. Si el enfermo no estuviese capacitado para hacerlo, lo harán por él sus familiares o personas allegadas. También **es conveniente solicitar un copia del mismo en el instante de su firma**, que se debe realizar en presencia del médico que va a practicar la prueba o el acto quirúrgico, nunca con profesional distinto, para que el doctor explique de forma comprensible su contenido con antelación suficiente y pueda dar respuesta a las dudas planteadas. El profesional que va a realizar el acto médico es la persona que mejor conoce el alcance de su competencia y los riesgos del tratamiento cuando es él quien lo realiza. **El C.I. no se debe firmar el mismo día de la intervención y mucho menos inmediatamente antes de entrar al quirófano.**

Su firma requiere deliberación, por lo que se facilitará con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar con calma y decidir libre y responsablemente. Por tales razones, se facilitará, en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trata de actividades urgentes. En ningún caso se proporcionará cuando el paciente se encuentre adormecido ni con sus facultades mentales alteradas, ni tampoco cuando se encuentre ya dentro del quirófano.

El hecho de firmar un consentimiento informado no supone privar al profesional sanitario de su responsabilidad. En consecuencia, se debe tener en cuenta que la existencia de consentimiento informado ni permite, ni justifica conductas contrarias a la buena práctica médica, por lo que su presencia tampoco permite al médico y Administración sanitaria descuidar el deber de diligencia que les incumbe. Los facultativos siempre deben desarrollar una correcta praxis médica y poner a

disposición del paciente los medios existentes y adecuados así como los conocimientos de la ciencia médica ajustados al tiempo de su aplicación. Y es cierto que, en principio, el consentimiento del paciente, tras ser informado de los elementos esenciales del acto médico, determina que sea éste quien asuma las consecuencias del tratamiento, pero **no puede suponer una excusa absolutoria e incondicionada que cargue sobre el enfermo, de forma perversa, las consecuencias de una práctica médica irresponsable y contraria a la *lex artis*.**

JUSTICIA – Baremo Sanitario y eliminación de Costas procesales.

La Asociación 'El Defensor del Paciente' mantuvo durante los meses de junio y julio una ronda de entrevistas, en el Congreso de los Diputados, con los principales Grupos Parlamentarios (PP, PSOE, CIUDADANOS y UNIDOS PODEMOS), en las que planteamos una serie de propuestas de cambio de Ley dentro del ámbito de Justicia y Sanidad.

Concretamente, por orden cronológico llevamos a cabo las siguientes reuniones de forma distendida y fructífera:

-Grupo Parlamentario Ciudadano (1/6/2017): con D. Ignacio Prendes (Portavoz del G.P. Cs), D. Marcial Gómez (Portavoz Adjunto del G.P. Cs) y D. Ricardo Pérez Alamillo (Asistente Técnico Parlamentario).

-Grupo Parlamentario Socialista (15/6/2017): con Dña. Margarita Robles Fernández (Presidenta de la Comisión de Justicia), D. Jesús M^a Fernández Díaz (Portavoz de la Comisión de Sanidad) y Dña. Guadalupe Martín González (Secretaria 1^a de la Comisión de Sanidad).

-Grupo Parlamentario Unidos Podemos (15/6/2017): con Dña. Amparo Botejara (Portavoz adjunta en la Comisión de Sanidad).

-Grupo Parlamentario Popular (21/6/2017): con Dña. Teresa Angulo y Dña. Carmen Navarro (Portavoces en la Comisión de Sanidad), Dña. María del Carmen Hernández Bento (Vicepresidenta 1^a de la Comisión de Sanidad), Dña. Isabel Cabezas Regaño (Portavoz Adjunta de Sanidad) y Dña. María Jesús Moro (Portavoz en la Comisión de Justicia).

Previamente, durante ese mismo período de tiempo, también nos entrevistamos, a nivel institucional, con las siguientes autoridades a las que expusimos los mismos asuntos tratados con los distintos Grupos Parlamentarios:

-D. José Ramón Navarro (Presidente de la Audiencia Nacional) en fecha 21/4/2017.

-D. Carlos Lesmes Serrano (Presidente del Tribunal Supremo y del Consejo del Poder Judicial) en fecha 23/5/2017.

-Dña. Gema García Herández (miembro de la Secretaría Técnica de la Fiscalía General del Estado) en fecha 29/6/2017.

Las propuestas que les planteamos están encaminadas hacia la defensa de los derechos de los pacientes (que somos todos) y de los afectados por negligencias médico-sanitarias que deciden emprender una denuncia judicial por estos motivos.

En relación a ello, de los temas que abordamos, tanto con los Grupos Parlamentarios como las autoridades mencionadas, fundamentalmente les trasladamos tres propuestas. Son las siguientes:

1º La eliminación de las Costas procesales en vía judicial contencioso-administrativa, fundamentalmente cuando se recurre el silencio administrativo, a no ser que se demuestre que ha existido mala fe o temeridad.

2º Que el plazo de prescripción por responsabilidad extracontractual, que actualmente es de un año, pase a ser de tres años como sucede en otros países de la UE. Y, en cualquier caso, que el plazo para reclamar por responsabilidad patrimonial de la Administración pública, por daños sufridos con ocasión de actividad sanitaria, pase a ser de tres años, y no uno, tal y como sucede en otros países de la UE.

3º Solicitamos poder participar en la elaboración del nuevo baremo de daño sanitario, que están preparando Aseguradoras y Mutuas con la colaboración de una plataforma de pacientes creada por aquellas, que no cuenta con pacientes que realmente hayan sufrido daños por imprudencia profesional. La participación de la Asociación ‘El Defensor del Paciente’ sería de mucha importancia puesto que, además de aportar la verdadera opinión de las víctimas de negligencias médicas, podría demostrar que el contenido elaborado hasta la fecha es totalmente discriminatorio para las víctimas más débiles.

Al respecto, los temas revelados, en todas las reuniones, suscitaron bastante interés por parte de los representantes de los Grupos Parlamentarios que nos recibieron, al igual que para los representantes de los Estamentos Públicos aludidos, así como, en general, la mayoría de ellos mostraron estar de acuerdo con nuestras propuestas.

De hecho, unos meses después, en noviembre, se tuvo conocimiento de una magnífica noticia. A iniciativa de una Proposición de Ley, por parte del ‘PSOE’, **el Congreso de los Diputados ha iniciado la tramitación para cambiar el criterio en las costas procesales.** Todos los grupos, a excepción de ‘Podemos’ mostraron su apoyo. La cuestión es que hasta ahora se aplica el denominado vencimiento objetivo, es decir, básicamente el que pierde un litigio paga sus gastos y los del que gana, lo cual supone un obstáculo infranqueable para acudir a defensor nuestros derechos. De este modo se evitará el **efecto disuasorio que las costas judiciales ocasionan a los ciudadanos con escasos recursos** y en el tema que nos compete, para los afectados por negligencias médico-sanitarias, su imposición ha supuesto, hasta la fecha, una auténtica **victimización económica** para cualquier perjudicado que ha entablado un procedimiento judicial en base a la existencia de unos daños ciertos y apoyado en un informe médico pericial.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad ha creado un ‘Comité de Expertos’ para dar realidad a la **nueva Ley de valoración de daños sanitarios**, lo que, en principio, parecería adecuado para reparar convenientemente a las víctimas. Sin embargo, desde que se inició la propuesta, las aseguradoras de los facultativos, y estos también, tienen la

intención de reducir las indemnizaciones con el pretexto de que el baremo de tráfico está pensado para personas sanas que sufren un accidente, al contrario que el de daños sanitarios, que debe ir dirigido, según han manifestado, para indemnizar a enfermos que merecen una indemnización menor. Lo que es extrañísimo es que la mayoría de dicho Comité está formado por miembros que se dedican a proteger a las aseguradoras, la parte más fuerte. Por eso, desde la Asociación 'El Defensor del Paciente', dedicada a proteger los derechos de las víctimas por negligencias médico-sanitarias, consideramos que esta pretensión es una **violación de los derechos de igualdad** de los más débiles, en la forma de proceder y en el fondo. De momento no avanza porque es **¡DISCRIMINATORIO!!**

SEGURIDAD SOCIAL - La necesidad de proteger a los trabajadores que sufren un daño sobrevenido.

La falta de coordinación entre los sistemas contractual y protector en la Seguridad Social genera un grave desajuste en nuestro sistema con terribles consecuencias para el trabajador.

La alteración de la salud del trabajador condiciona su actividad productiva y si las limitaciones orgánicas y/o funcionales le impiden el desarrollo de su actividad laboral, o si la incorporación al trabajo implica una agravación patológica, el trabajador se encontrará en una situación de incapacidad laboral. Esta situación, en la práctica, se traduce en numerosos conflictos y el más grave de ellos se produce cuando existe una discordancia entre una **resolución administrativa** según la cual el trabajador **no está impedido para el desempeño de su profesión**, y a su vez la empresa califica a esa persona como **no apta** lo que permite despedirle por causas objetivas como consecuencia de una ineptitud sobrevenida.

Es enorme la dificultad que existe en la actualidad para acceder a los mecanismos de protección que ofrece la Seguridad Social. Las diferentes contingencias dan lugar a una intensidad de protección que enfrenta los intereses del trabajador con la deficiente situación de la Tesorería de la Seguridad, motivo por el que ha aumentado el número de estos litigios que se dirimen en los tribunales. Por lo tanto, sería importante explorar vías alternativas de financiación de las prestaciones de la misma o, al menos, fomentar el retorno a la vida laboral activa. Las diferentes medidas de acción positiva que incentivan el empleo de personas con discapacidad a través del empleo ordinario o protegido, no están siendo utilizadas por trabajadores con incapacidad laboral.

La Recomendación sobre readaptación y empleo (personas inválidas) núm. 168, 1983 de la Organización Internacional del Trabajo, enumera las medidas que se deberían incluir para crear oportunidades de empleo en el mercado regular e incluye, entre ellas, **incentivos económicos** para alentar a los empleadores a proporcionar formación y empleo subsiguientes a las personas inválidas, así como a **adaptar**, dentro de los límites razonables, los **lugares de trabajo**.

En España no contamos con ninguna referencia detallada de las posibles medidas de ajuste y el legislador tampoco las ha enumerado. Las políticas de bonificaciones y exoneraciones de cotizaciones sociales pueden ser un instrumento adecuado para favorecer la incorporación o permanencia en el mercado de trabajo de personas con especiales dificultades de acceso, pero es necesario **reforzar las medidas**

de apoyo a la integración laboral y al desempeño profesional de estas personas mediante la **adaptación al puesto de trabajo y los ajustes razonables**.

Es necesario **suprimir la causa de extinción contractual automática** tras ser reconocida una incapacidad total, absoluta o gran invalidez. Se debe exigir previamente la realización de las adaptaciones precisas en el puesto de trabajo para que pudiera ser desempeñado por el trabajador o estudiar la posibilidad de darle ocupación efectiva en otro puesto adecuado a sus capacidades. Al efecto, **el Estado debería generar ayudas e incentivos económicos y profesionales para que la realización de estas adaptaciones y ajustes puedan resultar viables para las empresas**.

La **clasificación tradicional** sobre la **incapacidad laboral** está claramente obsoleta, especialmente en lo relativo al concepto de "*incapacidad total para su puesto de trabajo habitual*". Responde a una clasificación que no se adecúa a la evolución experimentada por la sociedad. Son las limitaciones funcionales y no los diagnósticos, las que consolidan una situación de incapacidad. Sólo se protege al trabajador que pasa de una situación de daño sobrevenido en el caso de que se produzca una mejoría y recupere su capacidad para desempeñar un puesto de trabajo similar al que ocupaba con anterioridad a la situación invalidante pero no se ampara la situación del trabajador que puede desarrollar un trabajo distinto en la misma empresa, con las adaptaciones precisas.

El actual sistema no contribuye a la prevención activa de los accidentes ni tutela adecuadamente la salud y seguridad en el trabajo. La homogeneidad en las cuotas de las empresas para cubrir los riesgos independientemente de su mayor o menor siniestralidad, dentro del mismo sector productivo, desincentiva la labor preventiva dentro de las empresas.

Sería preciso regular mecanismos que estimulen una vida laboral activa. Las pensiones no pueden constituir el sistema de inserción socioeconómica de personas con incapacidad, más importante de España. Deben revisarse los incentivos y medidas disuasorias derivadas de los regímenes de prestaciones para hacer que el trabajo sea más atractivo **mejorando la compatibilidad entre las pensiones y el empleo**. **Se debe evitar** que los **trabajadores afectados de una grave enfermedad** se vean **obligados a acudir a los tribunales** para obtener el reconocimiento de una incapacidad.

Llama la atención el **escaso número de incapacidades permanentes parciales** que se reconocen. Esta situación se puede explicar porque al reconocer una incapacidad parcial el trabajador tendrá derecho a una indemnización de 24 mensualidades, pero sin garantía de salud a largo plazo. El temor a que ese mismo trabajador solicite el reconocimiento de una incapacidad total, hace que apenas se reconozcan las primeras. Como consecuencia, se expulsa del ámbito laboral a un trabajador que, posiblemente no llegara a esa situación de incapacidad total si se hubiera adaptado el puesto.

Es **imprescindible la creación de una unidad que supervise el proceso de rehabilitación sanitaria, laboral y social**. De igual modo, es inexcusable que el equipo de valoración de incapacidades cuente con un servicio de readaptación profesional para permitir, en primer lugar, que, previas adaptaciones, la persona conserve su puesto u otro distinto en la misma empresa. En caso de no ser viable, **acompañar al trabajador en búsqueda de nuevas alternativas** teniendo en cuenta las fórmulas del empleo

protegido promoviendo su integración laboral y social, más allá de la situación de “pensionista”.

El INNS debería contar con un **equipo de profesionales que se aseguraran de la orientación profesional, formación, colocación y empleo de personas inválidas**. Este proceso de readaptación debería comenzar lo antes posible. Cuando el trabajador sufre una enfermedad debería programarse de manera paralela a su rehabilitación clínica, la rehabilitación laboral dirigida por terapeutas ocupacionales para reducir las consecuencias negativas y promover su integración laboral o social.

Para asegurar cuanto acaba de referirse, es indispensable que ambos equipos estén coordinados y formen parte de una misma unidad. **Habría que incorporar entre sus profesionales a terapeutas ocupacionales.**

URGENCIAS – S.O.S.

Nada cambia. **Pacientes hacinados por falta de espacio, escasez de camillas y sillas, errónea previsión organizativa y personal estresado que no da abasto para cubrir unas necesidades dignas y básicas de cuidado para los enfermos**. Año tras año, estas son las características de los servicios de urgencias hospitalarias. Se trabaja mucho y mal por el caos organizativo. Por ello, no es de recibo predicar que somos la mejor sanidad de Europa y tener, a nivel general, unos servicios de urgencias que no son capaces de atender adecuadamente, con unas mínimas condiciones de calidad, a los pacientes. Y así pasa, las plantillas no aguantan bajo unas condiciones laborales pésimas, una coordinación inexistente y unos gestores que no responden a las exigencias del servicio.

Bien es cierto que en España existe un **problema de educación cívica y conciencia ciudadana**, frente a otro **problema 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, muy por el contrario, ante una sospecha de infarto de miocardio, donde existe un riesgo vital. Por ende, la problemática se agudiza en época de frío donde la falta de planificación queda al descubierto. Por lo tanto, mientras se siga haciendo un uso abusivo de las mismas y no se activen recursos de apoyo, como aumento de camas o apertura de consultas de ambulatorio, la situación no tendrá carices de arreglo y seguirá siendo perpetua en tiempo y forma.

Una de las principales causas de la saturación crónica de las urgencias hospitalarias va ligada con el inapropiado funcionamiento de la atención primaria. De hecho, según un reciente informe sobre el “Estado de la salud en la UE”, la ‘OCDE’ y el ‘Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud’ estiman que **un 27% de los pacientes europeos que acude a urgencias es por una atención primaria inadecuada**.

¿Cómo debería funcionar un servicio de urgencias hospitalarias? ¿Cuántos profesionales ha de tener en función de los pacientes que recibe y de su gravedad? Las respuestas deberían garantizar un tiempo máximo de espera en el cuidado de los enfermos. Por eso es crucial que exista una unificación de criterios, en cuanto a homogenización asistencial, dentro de la red hospitalaria. Las funciones a desempeñar

por los facultativos, a objeto de proporcionar la atención en el menor número de horas posibles, serían:

- **Asistir a todo paciente que acude al Servicio de Urgencias.**
- **Clasificar y dar prioridad a cada caso, según su gravedad.**
- **Seguir de cerca cada evolución del paciente mientras permanezca en el servicio.**
- **Pautar tratamiento inicial y prescripción de pruebas (radiología o laboratorio).**
- **Elaborar expediente clínico y tomar la decisión de dar el alta médica o el ingreso.**
- **Informar al paciente y a los familiares de todo lo que acontece con el paciente.**
- **Coordinar y consensuar cualquier traslado a otro servicio u hospital.**
- **Supervisar el personal a su cargo.**

La **Administración Sanitaria debería asumir su error en la gestión partiendo de cómo organiza y distribuye, los recursos humanos y materiales**, en lugar de escurrir el bulto y culpabilizar, como muchas veces, a los pacientes de no saber utilizarlas de manera correcta o achacar que en muchas ocasiones acudimos a ellas sin necesidad.

La excusa en invierno es la ola de frío y en verano el cierre de camas. La realidad es que no existe una infraestructura correcta para utilizar bien las Urgencias. Es labor de los mandatarios sanitarios fomentar campañas de información sobre su uso.

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.

En relación a toda esta problemática, desde hace años venimos observando un incremento considerable de **errores de diagnóstico** dentro de este servicio. A veces por el colapso, y otras tantas por las horas de guardia a las que se ven sometidos los profesionales. De este modo, en 2017 nos han denunciado casos muy graves y situaciones bastante relevantes que, además, han tenido una repercusión significativa en prensa:

“El SAS asigna un minuto por paciente a las consultas de Urgencias”. “Médicos alertan de la extrema saturación de las Urgencias”. “Dimite la jefa de Urgencias de La Ribera por falta de recursos y situación caótica del servicio”. “Las denuncias de los médicos de Urgencias de Toledo llegan a la Fiscalía”. “Enfermeras del Clinic de Barcelona denuncian que casos gravísimos están sin cama más de dos días”. “Denuncian una muerte en las urgencias del Clínico santiagués”. “Los médicos de Urgencias del Cunqueiro denuncian que están en una situación límite”. “Cierran las Urgencias oncológicas de Son Espases por la falta de personal”. “Muere un joven de 20 años tras acudir 4 veces a Urgencias del Sant Joan de Déu con dolor abdominal”. “Denuncian la muerte de un anciano en un pasillo de un hospital de Valladolid”. “Denuncian desatención en Urgencias de Cabueñes a una mujer <<por tener 94 años>>”. “Dimite el jefe de Urgencias del Hospital de Oriente por falta de personal”. “La fuga de médicos deja Urgencias del Hospital de Ibiza en estado crítico”. “Paciente lleva dos días en Urgencias de Vall d’Hebrón, mientras hay planta cerrada”.

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, en los que las plantillas se encuentran en una situación de malestar, estrés, agotamiento físico y mental y resignación como profesionales. **El Hospital Universitario de La Paz (Madrid), es con diferencia el que peor servicio de Urgencias tiene:**

- 1º. **Hospital Universitario La Paz** (Madrid)
- 2º. **Hospital Virgen del Rocío** (Sevilla)
- 3º. **Hospital Universitari Vall d'Hebron** (Barcelona)
- 4º. **Hospital Universitari Son Espases** (Mallorca)
- 5º. **Hospital Regional Carlos Haya** (Málaga)
- 6º. **Hospital Virgen de la Salud** (Toledo)
- 7º. **Hospital Universitari La Fe** (Valencia)
- 8º. **Hospital Álvaro Cunqueiro - HAC** (Vigo)
- 9º. **Hospital Virgen de la Macarena** (Sevilla)
- 10º. **Hospital Universitario Miguel Servet** (Zaragoza)

LISTAS de ESPERA – En números rojos.

Las listas de espera continúan teniendo consecuencias negativas en la salud de los ciudadanos. **Ninguna comunidad autónoma puede presumir de las suyas.** Son el quebradero de cabeza del Sistema Nacional de Salud.

Perder la salud y padecer alguna enfermedad que obligue al paciente a ingresar en un hospital se dibuja como un panorama intranquilizador. A una desgracia le sigue la otra: caer enfermo con cierta gravedad se le une la de tener que esperar más del tiempo prudencial que hasta ahora se había señalado para ser atendido por un especialista, entrar en un quirófano para nos reparen una hernia discal o nos hagan las pruebas que nos devuelva la tranquilidad tras la biopsia de parte de algún órgano dañado o nos confirmen la extirpación total para garantizar la supervivencia hundiéndonos en la incertidumbre del futuro más inmediato. Si estos quebrantos de la salud vienen a incidir, como suele ocurrir por ley de vida, en los que ya tienen tras de sí una prolongada cuenta de años, el problema se agudiza indefectiblemente.

La respuesta de para quienes nos hacemos la pregunta del porqué de esta situación anómala, ante un problema tan crucial para la salud, tiene una respuesta taxativa: **por la falta de inversión presupuestaria no hay suficientes medios técnicos ni dinero para las contrataciones de medios humanos.** Pasan los años y este inconveniente se agrava para desesperación del personal sanitario (médicos, enfermeros y celadores) que se desvive, hay que reconocerlo, por hacer lo mejor posible su trabajo pese a las deficiencias y carencia de medios.

En relación a 2016, los guarismos de las listas de espera han descendido ligeramente, por debajo del máximo histórico alcanzado el curso anterior. Pero casi todas las comunidades autónomas figuran en **números rojos**. Según nuestras estimaciones, **en la actualidad, 649.350 pacientes se encuentran a la espera de una intervención quirúrgica. Y la demora media para las operaciones se sitúa en los 101 días.** Los dígitos que nosotros ofrecemos,

difieren en parte de los 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 sanitarios y colectivos médicos).

De nuevo, volvemos a lo mismo. Los datos que ofrece el Ministerio de Sanidad no son reales porque la información facilitada por las comunidades autónomas no es veraz. Las cifras que barajan carecen de rigurosidad. En las webs de las distintas Consejerías de Salud, dentro del apartado de las listas de espera, no se ve, de forma traslúcida, la posición que ocupa el usuario. Es más, **se oculta información con exceso de información**. Para los políticos, en estas circunstancias, los pacientes solo son un número. Deberíamos tener un sistema transparente, que admita conocer cuántas personas aguardan en la lista para cada especialidad, cuándo se incluye al enfermo y conocer todos aquellos indicadores que nos permitan saber, de una vez, cuál es la situación real que tiene el paciente. Pero no, la Administración sanitaria tiende a encubrir y tapar los fallos, lo cual impide corregirlos en un futuro. Por eso, el Ministerio de Sanidad, como garante de la salud de todos los españoles, debería aplicar una medida, bastante importante, como sería solicitar auditorías externas a todas las comunidades autónomas, para comprobar con rigor la concordancia de los datos de inclusión en las distintas listas de espera y así manejar un cómputo mucho más convincente que el actual para la opinión del ciudadano de a pie.

La pregunta del millón es **¿cuántas personas mueren al año en España esperando una consulta o una cirugía?** Esta es otra de las cuestiones que los mandatarios sanitarios esquivan. Mejor que no se sepa. Sin embargo, es inevitable echar un vistazo a otros países e informarnos si ese silencio es similar. Para muestra un botón. En Chile, según un informe oficial del Congreso de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud se indica que **en 2016 murieron 25.000 chilenos mientras estaban en lista de espera** de en los diversos hospitales del país. Con este dato podemos hacernos una idea de lo que sucede aquí ¿Alguien se imagina a la ministra de Sanidad informando de las personas que fallecen en nuestro país como consecuencia de las listas de espera? Nadie. No creemos que eso suceda. *Spain is different.*

Vale que nuestros responsables políticos y gestores sanitarios no quieran proporcionar determinados números que supondrían ponerles contra las cuerdas, pero habría que exigirles un **‘Plan Estratégico’** que garantizara la equidad y la racionalidad, dentro de este apartado, y que podría cimentarse en los siguientes puntos:

- 1º) Establecer prioridades revisando los protocolos y examinando la ratio de, primeras y sucesivas, consultas de las agendas hospitalarias, así como la ratio de actividad quirúrgica.
- 2º) 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.
- 3º) Optimizar la comunicación entre Atención Primaria y Especializada, para evitar duplicidad de pruebas.
- 4º) Analizar las necesidades mediante un sistema de información homogéneo, accesible y comparable.
- 5º) Fomentar la cirugía y la práctica de pruebas diagnósticas a nivel de ambulatorio.

6º) Implicar a los facultativos en la mejora, otorgándoles participación activa en la gestión

7º) Formalizar las premisas quirúrgicas y la situación del paciente dentro de las listas en función de la gravedad de su estado de salud.

8º) En cierto modo, obligar a la Administración sanitaria para que informe periódicamente a la ciudadanía, cada 6 meses sobre el número de personas en la lista, promedio de tiempo de espera, pacientes pendientes de intervención, causas, etc.

Cualquier propuesta para sanar el mal de las listas de espera debe ser analizada con compromiso y tranquilidad, pero principalmente con una gestión loable de los recursos disponibles y el ajuste de las plantillas de profesionales a las necesidades existentes. **Es una desfachatez vender que las cifras se hayan visto reducidas** cuando el bloqueo de camas hospitalarias, el cierre de unidades de hospitalización al completo, la reducción de intervenciones quirúrgicas y un claro déficit de personal ha marcado el día a día de los servicios sanitarios públicos.

Mientras que los pacientes, desde el primer día que son visitados, no sean programados y se les prescriba una prueba diagnóstica, mediante modificaciones legales, las LISTAS de ESPERA siempre serán ¡¡INCONSTITUCIONALES!!

Actualmente, en los medios de comunicación está muy de moda hablar de las listas de espera. Los diferentes grupos políticos que gobiernan suelen utilizarlas como abanderado de su competente gestión. Por el contrario, los partidos de la oposición normalmente no simpatizan con las cifras y las usan como arma arrojadiza al calificarlas de manipuladas. Que si aumentan, que si descienden, que si cambiamos el tipo de cómputo para suavizar los números, que si nos inventamos un plan para reducirlas, que si las “peonadas”, etc. Son las típicas disyuntivas que las caracterizan y con las que nos bombardean.

Si analizamos el estado de las mismas, región por región, bajo nuestro punto de vista, **las peores son: Canarias, Cataluña, Castilla-La Mancha y Extremadura**. Del mismo modo cabe destacar el estancamiento que sufren comunidades como Madrid, Andalucía, Castilla y León o la Comunidad Valenciana. En el otro extremo, **las mejores son País Vasco y La Rioja**, pues el promedio de tiempo para intervención lo tienen tasado en unos 50 días, que sería lo razonable en el resto. ¿Qué significa esto? Que las listas de espera son un **símbolo de DESIGUALDAD en salud, entre ciudadanos y clases sociales de distintos territorios**, puesto que dependiendo de la zona geográfica donde residamos contamos con unos derechos u otros.

Canarias, una vez más, ostenta el dudoso honor de encabezar el ranking. El nuevo consejero de Salud, José Manuel Baltar, se comprometió en el mes de febrero, a aplicar medidas de solución para rebajar la peor lista de espera autonómica de España,

pero advirtiéndolo que los resultados llegarían a plazo largo o razonable. Cuando ha transcurrido casi un año apenas se aprecia mejoría en ese sentido, pese a que desde la Consejería se han colgado medallas por haber incrementado la actividad quirúrgica hospitalaria en jornada ordinaria y haber aprobado un crédito presupuestario. La situación es de confusión y desconcierto porque los datos son elocuentes: 34.000 canarios en impasse de cirugía y 182 días la dilación media para tal efecto. Las especialidades más congestionadas son, por este orden, cirugía plástica, cirugía pediátrica y neurocirugía. Otros retos por solventar, como consecuencia de ser la región que menos gasto por habitante ha invertido en la última década, son **la saturación de las Urgencias hospitalarias, la terrible falta de especialistas médicos y la precaria situación del personal eventual del Servicio Canario de Salud**. No obstante, las mayores carencias las encontramos en **Fuerteventura**, donde en el mes de noviembre pudimos comprobar, in situ, las tristes experiencias que nos relataron sus vecinos, víctimas de un **sistema sanitario, sin exagerar, tercermundista**, por la falta de compromiso de los gestores políticos. Entre otras reivindicaciones, no se explican por qué no se ha puesto en marcha el proyecto de construcción de un búnker de radioterapia en la isla, no entienden por qué no está activado el protocolo de ictus, no comprenden por qué no se practican cateterismos en su hospital. En lugar de dotar al hospital de medios técnicos y humanos **el gobierno canario invierte el dinero en comprar helicópteros** para trasladar a los enfermos a otras islas. ¿Cuántos años han de esperar los ciudadanos del sur de la isla para contar con unos medios de traslados dignos para las urgencias? ¿Cuántos pacientes han de empeorar o fallecer durante el período de espera por una intervención o prueba? ¿Dónde han ido a parar los 6 millones presupuestados para la finalización del Hospital de Fuerteventura?

Otra comunidad en la que las estadísticas paulatinamente han ido multiplicándose, año tras año, es **Cataluña**. **La escasez de recursos es su carta de presentación**. La realidad esgrime 157.000 personas aguardando una intervención con una demora media de 173 días. Lo peor de todo es que las estadísticas, conocidas durante el mes de junio, arrojaban que un 25% de estos pacientes esperaban más de seis meses para ser operados. Cirugía plástica, ginecología, otorrinolaringología y traumatología son las patologías que acumulan mayor desfase. El 'Plan de choque', que se hizo efectivo en el mes de abril una vez se aprobaron los presupuestos, prácticamente ha resultado ser un fiasco porque no es de recibo que el período para una operación de cirugía cardíaca sea superior a 90 días ó 45 días si nos referimos a una intervención quirúrgica oncológica. Estamos hablando de especialidades en las que la lista de espera tendría que ser mínima. Pero es la pescadilla que se muerde la cola, ya que la caótica situación por los colapsos de los servicios de Urgencias de los principales hospitales catalanes, se ha aliviado posponiendo operaciones, mientras que hay CAP con seis días de retardo para obtener cita con el médico de familia. Con este panorama, a expensas de las elecciones de final de año, los facultativos se han manifestado públicamente solicitando al Gobierno catalán, que salga elegido, la prioridad de una agenda social pues se precisa una respuesta política urgente. Igualmente se continúa a la expectativa de la moción aprobada en el Parlament, por unanimidad, durante el mes de junio, para exigir al Govern la ejecución de una auditoría independiente y minuciosa sobre esta problemática en la que participen pacientes y profesionales como observadores, así como la creación de un portal de transparencia para conocer quién está esperando, cuánto y dónde es visitado.

Continuando con la radiografía, los guarismos también han aumentado de manera categórica en **Castilla-La Mancha** con 139 jornadas de media para

intervención y 37.900 castellano-manchegos engrosando la lista quirúrgica. El punto débil lo encontramos en traumatología, ginecología, cirugía plástica y cirugía pediátrica. A nivel político y mediático se ha repetido la tónica general del año pasado, mediante un tira y afloja entre el partido gobernante y la oposición al no ponerse de acuerdo con las cifras. Los números que para unos bajan, para otros suben por estar manipulados, aunque hay que destacar que es una de las comunidades que con mayor asiduidad los publican dentro del 'Portal de Transparencia' y en contra de lo que sucedía en la anterior legislatura. De todos modos, nuestro punto de vista se inclina por que las listas de espera están adulteradas, puesto que se siguen sin publicar los datos de cirugía menor y existen agendas cerradas, dicho lo cual, los datos que aporta la Junta pierden credibilidad por la falta de rigor. Por consiguiente, al igual que en Cataluña, sería conveniente la realización de una auditoría externa debido a que los datos no son fiables y que este sector atraviesa una disposición crítica por culpa de su gestión. El objetivo de esta iniciativa, para despejar todo tipo de dudas, sería conocer cuáles son las listas de espera reales de la región manchega. Por todo esto, como vía de solución, apremia una inversión mayor en pruebas diagnósticas, en hospitales y en personal sanitario.

Extremadura va a la par con la comunidad castellano-manchega en promedio de días para cirugía: 134. Aparte, son unos 22.000 extremeños los que engloban la lista quirúrgica. Lo más negativo es que casi 5.000 de ellos han sobrepasado, con creces, los tiempos que marca la ley regional con más de 6 meses de dilación. Traumatología, urología y cirugía plástica son las especialidades que más flaquean. De nuevo, tropezamos con otra comunidad donde el entorno es confuso por la falta de recursos económicos, que ha generado otra serie de problemas dificultando la calidad asistencial: falta de médicos con plazas que no se han cubierto frente a las jubilaciones, transporte sanitario terrestre deficitario en relación a servicios no realizados por parte de la nueva empresa del SES con un aumento considerable de queja y los colapsos en los servicios de Urgencias, principalmente en las Áreas de Salud de Badajoz y Don Benito. En este aspecto, cabría adoptar medidas potenciando la atención primaria y abriendo los centros de salud en horario vespertino.

Siguiendo con el análisis, la **Comunidad Valenciana** tiene poco que envidiar a la región extremeña. El retroceso, en comparación a otros ejercicios, es progresivo. Cerca de 63.000 pacientes permanecen a la espera de pasar por el quirófano, con una tardanza aproximada que ronda los 123 días. Donde los tiempos despuntan con creces son en las ramas de cirugía vascular, traumatología y neurocirugía. La realidad es que el crédito de la consellera de Sanidad, Carmen Montón, se está consumiendo, fruto de una gestión marcada por los ceses y las destituciones. Su tarjeta de visita recoge que hace dos años anunció que emplearía recursos humanos y materiales propios para disminuirlas, pero transcurrido ese período continúa el mismo precepto del autoconcierto. La consellera se comprometió a reducir sucesivamente el plan de choque, pero no ha sido así. Montón se aventuró a incrementar las intervenciones quirúrgicas por la tarde, incluso abriendo quirófanos los sábados, para aligerar, y sin embargo el rendimiento apenas es reseñable. De manera contradictoria hemos recibido más de una reclamación, de afectados con cáncer de riñón, esperando sin fecha, durante meses, en el Hospital General de Alicante para pasar por cirugía, y con casi un año de odisea desde que notaron los síntomas, tuvieron cita con el especialista y sufrieron el retraso añadido de las pruebas diagnósticas. Este último factor es una de las artimañas empleadas para intentar que no se disparen los dígitos.

Otras dos que suspenden claramente son **Castilla y León** y la **Región de Murcia**, debido a que ambas sobrepasan e igualan, respectivamente, la media nacional en la quirúrgica de 101 jornadas.

Abordando el talante de la castellano y leonesa, su perfil aglutina 28.000 personas a la espera de operación y un mínimo incremento, con respecto a 2016, del transcurso a la hora de pasar por el quirófano, de 104 a 107 días. Las patologías que mayores prórrogas acumulan son: cirugía digestiva, traumatología y maxilofacial. El principal problema del SACYL es que oculta y no facilita información sobre la demora de las primeras consultas, las pruebas diagnósticas y la obtención de sus resultados, que es lo más importante, puesto que de ello depende el fin que, en muchos casos, es la intervención quirúrgica, cuando la transparencia debe estar basada en los principios de solidaridad y en criterios ponderados con el envejecimiento de su población y dispersión geográfica que caracterizan a esta comunidad. Por otra parte, el año ha estado marcado por un hecho lamentable. La polémica del maquillaje de la lista de espera del Hospital de Burgos (HUBU), que como consecuencia le costó el puesto a la directora del área quirúrgica. Tuvo que dimitir tras salir a la luz las instrucciones que daba el hospital para falsear el número de personas de la misma. Los hechos llegaron a manos de la Fiscalía. Este intrínquis ha puesto en tela de juicio, de forma contradictoria, el cumplimiento del plan Perycles, de estrategia y control para la reducción de las listas de espera, con más de un año de implantación, destinado más bien para desviar fondos públicos a la sanidad privada. Por consiguiente, abogamos por una auditoría externa para conocer los datos reales de las listas de espera en Castilla y León, en concreto de la fecha de inclusión y de las salidas por causas ajenas.

La murciana tampoco hace los deberes, aunque ha mejorado ligeramente. En torno a 26.000 pacientes se encuentran pendientes de pasar por las manos del cirujano, con una demora aproximada de 101 días. En relación a ellos, las mayores tardanzas las seguimos encontrando en cirugía plástica, otorrinolaringología y cirugía torácica. Los hospitales de Cartagena, Lorca y Cieza soportan esperas deleznable en relación a otros. Las cifras siguen siendo el paradigma de las carencias del Servicio Murciano de Salud (SMS), de ahí que el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia se haya puesto manos a la obra aprobando el Proyecto de Ley de presupuestos autonómicos para el 2018 y focalizando en el ámbito sanitario, con un aumento de 110 millones de euros más que en 2017. Parece ser que 10 de estos millones irán destinados a mejorar las listas de espera. Ya veremos si se endereza el rumbo puesto que, hasta ahora, según un informe de la ‘Intervención Delegada de la Comunidad’, presentado este ejercicio, se concluye que el SMS, hasta 2016, intentó solventar el problema de las listas de espera quirúrgicas *“sin una planificación anual sobre la demanda asistencial prevista”*. Capítulo aparte merece el considerable aumento de reclamaciones que hemos recibido, a lo largo del año, por retrasos en pruebas de mamografía y las quejas de algunos pacientes del Hospital de la Arrixaca a los que se les *“amenazó”* con sacar de la lista si no se operaban en la privada.

En otro orden de cosas, el ‘Plan Integral de Mejora de Lista de Espera’ de la **Comunidad de Madrid** ha resultado inocuo. Los registros durante el gobierno de Cifuentes permanecen atascados con resultados pésimos. Como nota a destacar, en **negrita y subrayada**, urge un plan de mejora de los servicios de Urgencias hospitalarias. Además, alrededor de 82.500 madrileños aguardan a ser avisados para intervención, con un promedio de espera de 85 jornadas. Las especialidades que acumulan mayores

inflexiones son traumatología, oftalmología y cirugía general y del aparato digestivo, mientras que las operaciones de juanetes o varices superan, infinidad de veces, el año. Da la sensación de que la Consejería de Sanidad se encuentra en permanente fase de remodelación. Si hacemos la media, nos sale un consejero por año en el período comprendido entre 2014 y 2017: Fernández-Lasquetty, Javier Rodríguez, Sánchez Martos y Ruiz Escudero. Parece que el trono de la Consejería de Sanidad madrileña incomoda demasiado. En septiembre fue Jesús Sánchez Martos el que abandonó el barco. Nuestra opinión personal es que a su enorme voluntad de trabajo y ganas por revertir la situación se le unió que, desde dentro de la Consejería, no le permitieron poner en marcha todas sus ideas, se hartó y se fue, si bien incumplió sus compromisos de formar órganos de participación ciudadana para garantizar la transparencia y el diálogo con los agentes sociales. Simultáneamente, la calidad asistencial se ha deteriorado de manera notoria, luego no damos credibilidad a los datos de la encuesta “prefabricada” por la Consejería, y presentada a finales de verano, con nota de sobresaliente en satisfacción de los usuarios. Esta valoración es un paraguas inherente para que Cifuentes no se moje con el deterioro de las listas de espera, los colapsos de Urgencias (Hospital La Paz), la falta de camas, la escasez de recursos humanos, etc.

Andalucía tampoco se salva de la quema. Su sistema sanitario naufraga en la mediocridad, es el peor de toda España. Las listas de espera perduran estancadas e integradas por un total de 74.000 andaluces. Las patologías que se llevan la palma son neurocirugía, traumatología y oftalmología. Asimismo, la demora media para cirugía se sitúa aproximadamente en los 76 días. Cabe matizar que entre 2011 y 2016 las listas de espera del Servicio Andaluz de Salud (SAS) se incrementaron en un 26%, por esa razón cuesta creer que de repente aminoren con los recortes en contrataciones, y la tremenda falta de sustituciones, que hubo en verano, sin añadir el consiguiente cierre de quirófanos y la suspensión de citas. Es indudable, que el entorno no ha variado durante el gobierno de Susana Díaz. Los hospitales de la región persisten en un profundo caos organizativo. La nula inversión se refleja en el mayor déficit del país en cuanto a presupuesto y personal de atención especializada. Un indicativo es Sevilla, la capital, con casi dos millones de habitantes en toda su provincia, que solo dispone de una cama por cada 595 habitantes, la peor cifra del Estado y tres veces por debajo de la estadística europea. El sacrificio y la entrega de la mayoría de sus facultativos es incuestionable pues subsisten en un clima al borde del precipicio. Pero centrémonos en los trucos que efectúa el SAS para maquillar las listas de espera vulnerando el Decreto de garantía de plazo de respuesta quirúrgica fijado en 180 días y que como desenlace recibió un severo reproche por parte del Defensor del Pueblo Andaluz. El caso tuvo que ver con un paciente del Hospital Virgen del Rocío al que tardaron 16 meses en intervenir de una hernia discal y que fue penalizado por acudir varias veces a urgencias por el agravamiento que padeció durante el tiempo de espera. Este no es un hecho aislado, ha ocurrido en numerosas ocasiones. Si seguimos profundizando podemos encontrarnos con otras artimañas tales como presionar a los médicos de familia y especialistas para demorar la asistencia de los enfermos. Diferentes tretas para ocultar información y poder acicalar las cifras. Para que la bola de nieve engorde, signifiquemos también la detención de dos trabajadores del SAS en Granada, por parte de la Policía Nacional, al probarse que cobraban dinero por colar a pacientes para pruebas diagnósticas y citas con especialistas. Quizás seamos alarmistas, pero la realidad, de este cúmulo de asuntos, demuestra que las listas de espera del SAS son fraudulentas. Por el contrario, la presidenta andaluza siempre ha negado la evidencia aferrándose a una gestión

“transparente” a base de excusas como “errores puntuales” y “leyendas urbanas” o, por otros motivos, aludiendo al envejecimiento de la población.

Los parámetros de **Galicia** nos muestran alrededor de 35.000 pacientes, agigantando la lista quirúrgica, con un retraso cercano a los 63 días de media. Las ramas médicas que salen maltrechas son las operaciones de prótesis de cadera, juanetes y artroscopias. La gallega es una de las comunidades cuyas cuantías han experimentado una ligera mejoría durante los últimos cinco años, aunque no todo el monte es orégano porque, al igual que la andaluza, utiliza métodos sospechosos a objeto de maquillarlas. Por lo que hemos apreciado, una de las formas es catalogar a los enfermos como “transitoriamente no programables” o en “suspensión temporal”, nos referimos a lista de espera estructural y no estructural que ya hemos denunciado en otras ocasiones. Es decir, miles de pacientes que no computan cuando el facultativo considera que hay que aplazar la intervención o porque el afectado no quiere ser operado en un centro concertado. Esto no hace más que alimentar las dudas sobre los repuntes que brinda la Xunta, máxime cuando el proceso de privatización de la sanidad pública continúa su fase de ascenso, desde su inicio en 2009 cuando Núñez Feijóo llegó al poder. Ligado a ello, por un estudio reciente de la Asociación de Hospitales Privados de Galicia, hemos conocido un dato más que preocupante: el 25% de la sanidad gallega está controlada por empresas privadas. Sin embargo, el caballo de batalla del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) continúa siendo los servicios de Urgencias hospitalarias, en especial los del CHUAC y el Hospital Álvaro Cunqueiro, que piden a gritos una contundente dotación de recursos (aumento de camas y personal) para poder afrontar la situación de desborde a la que se han visto expuestos a lo largo del año, sobre todo en época de gripe. No obstante, corresponde al SERGAS potenciar los PAC para poder resolver un alto porcentaje de este tipo de urgencias.

Navarra y Aragón no salen del hoyo. Así lo reflejan sus datos: 100 y 99 días de promedio, respectivamente, en lo referido a la dilación en intervenciones. En la comunidad aragonesa son 20.000 pacientes los que conforman la lista, mientras que en la foral son un total de 7.500. Traumatología, neurocirugía, cirugía pediátrica y cirugía plástica son las especialidades que mayores prórrogas acumulan. Ambas deberían hacer autocrítica ya que su gestión se ha basado en el aumento de las privatizaciones, los autoconcertos y las peonadas, lo que encarna una estrategia encubierta para maquillar los números a costa de derivaciones a centros privados. Si nos atenemos al centenar de días existente para intervención, como anteriormente apuntábamos, no cabe duda de que el embrollo no se ha solventado de manera definitiva. En las dos, el principal problema que ha agravado sus listas de espera ha sido la falta de médicos. De hecho, en Navarra, no se han podido cubrir plazas de especialidades prioritarias como médicos de familia o pediatría, hasta el punto de que el departamento de Salud tuvo que recurrir a las redes sociales y colegios profesionales para captar facultativos ofreciendo contratos de larga duración. En Aragón, por ejemplo, la carestía de especialistas ha puesto en serios aprietos la asistencia sanitaria en los hospitales de Teruel, Calatayud, Alcañiz y Barbastro, por lo que el Consejo de Gobierno de la región tuvo que tomar cartas en el asunto prolongando la jubilación de los médicos hasta los 67 años.

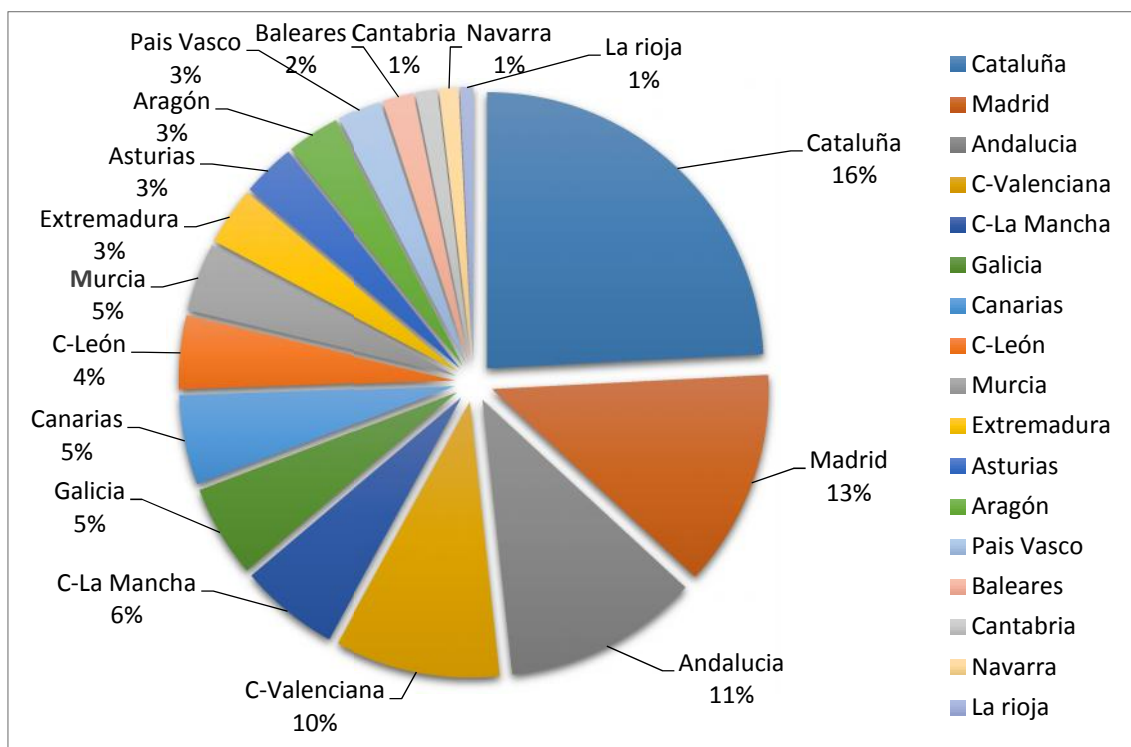
Por otra parte, las demoras en **Cantabria** también son un tanto excesivas si observamos que la media para cirugía se ubica en 89 jornadas, por encima de la media nacional que establece el Ministerio de Sanidad. La cifra de cántabros que la completa ha descendido ligeramente hasta los 8.300 usuarios. Las patologías en las que los

tiempos despuntan con creces son traumatología, oftalmología, cirugía general y de digestivo. Sin embargo, el nubarrón negro de esta región se divide en los usuarios que aguardan una primera consulta puesto que Cantabria cuenta con la mayor tasa de espera por cada 1.000 habitantes de España, con más de 80 días. Además, igualmente como ocurre en Aragón o Navarra y en otras comunidades, aquí es necesario aprobar medidas urgentes ante la insuficiencia de profesionales médicos, tanto en atención primaria como en algunas especialidades de hospitales comarcales.

En la zona templada de esta encrucijada convergen un par de comunidades con varias semejanzas. Estamos hablando de **Asturias** y **Baleares**. Se da la coyuntura, en la una y en la otra, de haber reducido de manera considerable los guarismos para operación, con 73 y 72 días respectivamente. En cuanto al número de pacientes, en la comunidad asturiana figuran alrededor de 20.250, mientras que en la comunidad balear son un total de 11.900. El problema se sitúa en ramas como neurocirugía, traumatología, cirugía maxilofacial y cirugía plástica. Este año, en Asturias, lo más destacado fueron las conclusiones de la comisión de investigación de las listas de espera sanitarias, después de un año y ocho meses de trabajo, que en su dictamen final detectó irregularidades, falta de transparencia y errores de gestión en años anteriores, a la vez que se aportaron soluciones, para futuros ejercicios, como dotar de más peso a la atención primaria y la enfermería. En Baleares, lo más reseñable ha sido el antecedente de que en junio de 2015 el plazo para someterse a una cirugía estaba fijado en unos 105 días y ahora, en estas fechas, se ha reducido en más de 30 días, así como referir, por la gravedad del asunto, el cierre de las urgencias oncológicas del Hospital de Son Espases por falta de personal.

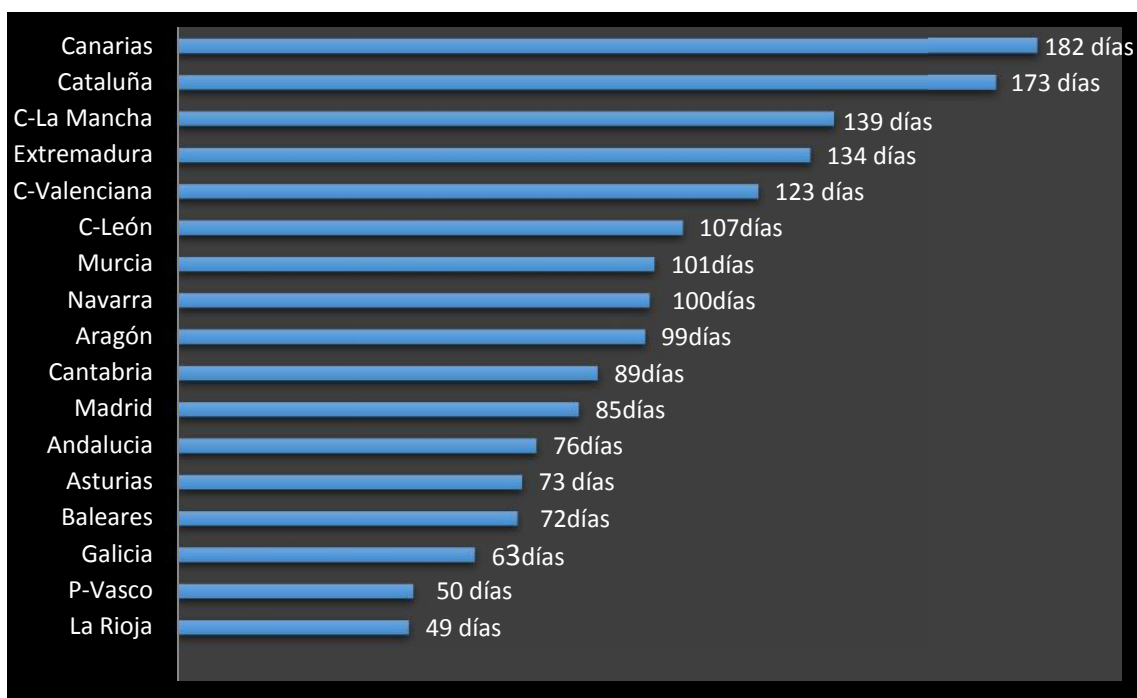
Para concluir, hemos de destacar que únicamente podemos dar por aceptable la gestión del **País Vasco** y **La Rioja** puesto que las dos fijan en 50 días el tiempo para pasar el quirófano, dígito más que saneado si lo comparamos con el resto de regiones. Al respecto, 17.000 vascos y 5.000 riojanos se encuentran en espera quirúrgica. Los mayores retrasos los encontramos en traumatología, oftalmología, otorrinolaringología y urología.

649.350 PACIENTES en LISTA de ESPERA QUIRÚRGICA – 2017



COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº de PACIENTES en LISTA ESPERA
CATALUÑA	157.000
MADRID	82.500
ANDALUCÍA	74.000
C. VALENCIANA	63.000
C – LA MANCHA	37.900
GALICIA	35.000
CANARIAS	34.000
CASTILLA/LEON	28.000
MURCIA	26.000
EXTREMADURA	22.000
ASTURIAS	20.250
ARAGÓN	20.000
PAÍS VASCO	17.000
BALEARES	11.900
CANTABRIA	8.300
NAVARRA	7.500
LA RIOJA	5.000

101 días de DEMORA media para INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA – 2017



COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEMORA MEDIA en días para INTERVENCIÓN
CANARIAS	182
CATALUÑA	173
C-LA MANCHA	139
EXTREMADURA	134
C.VALENCIANA	123
CASTILLA y LEÓN	107
MURCIA	101
NAVARRA	100
ARAGÓN	99
CANTABRIA	89
MADRID	85
ANDALUCÍA	76
ASTURIAS	73
BALEARES	72
GALICIA	63
PAÍS VASCO	50
LA RIOJA	49

ESTADÍSTICAS por COMUNIDADES más denunciadas: HOSPITALES y PATOLOGÍAS.

1. MADRID (3.149 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

2. ANDALUCÍA (2.562 Casos).

- Sevilla 756
- Málaga 741
- Cádiz 287
- Córdoba 275
- Granada 179
- Almería 138
- Jaén 115
- Huelva 71

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío
- 2º Complejo Hospitalario Regional Carlos Haya
- 3º Complejo Hospitalario Regional Virgen de la Macarena
- 4º Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria
- 5º Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

3. CATALUÑA (2.057 Casos).

- Barcelona 1645
- Tarragona 234
- Girona 97
- Lleida 81

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari Vall D'Hebron
- 2º Hospital Universitari de Bellvitge
- 3º Hospital Clínic de Barcelona
- 4º Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- 5º Hospital Sant Joan de Déu

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

4. COMUNIDAD VALENCIANA (1.333 Casos).

- Valencia 743
- Alicante 511
- Castellón 79

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari i Politènic La Fe
- 2º Hospital General Universitario de Alicante
- 3º Hospital General Universitario de Valencia
- 4º Hospital Clínic Universitario de Valencia
- 5º Hospital Universitario Doctor Peset Aleixandre

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

5. GALICIA (730 Casos).

- A Coruña 309
- Pontevedra 297
- Ourense 87
- Lugo 37

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario Universitario de Santiago – CHUS
- 2º Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña - CHUAC
- 3º Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - CHUVI
- 4º Complejo Hospitalario Universitario 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 Ginecología y obstetricia
- 5º Traumatología

6. CASTILLA-LA MANCHA (706 Casos).

- Toledo 249
- Ciudad Real 175
- Albacete 120
- Guadalajara 112
- Cuenca 50

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

7. CASTILLA y LEÓN (609 Casos).

- Valladolid	158
- León	153
- Salamanca	84
- Burgos	68
- Ávila	44
- Segovia	38
- Palencia	26
- Zamora	21
- Soria	17

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

8. PAÍS VASCO (486 Casos).

- Vizcaya	320
- Guipúzcoa	122
- Álava	44

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital de Basurto
- 2º Hospital Universitario de Cruces
- 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 Lista de espera

9. MURCIA  **(460 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

10. CANARIAS  **(325 Casos).**

- Sta. Cruz de Tenerife 185
- Las Palmas de G.C. 140

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario Universitario de Canarias – HUC
- 2º Complejo Hospitalario Universitario Doctor Negrín
- 3º Complejo Hospital Universitario Insular-Materno Infantil
- 4º Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria
- 5º Hospital San Roque Las Palmas de G.C.

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

11. ARAGÓN  **(317 Casos).**

- Zaragoza 241
- Huesca 59
- Teruel 17

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

12. EXTREMADURA  **(304 Casos).**

- Badajoz 180
- Cáceres 124

- 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 Virgen del Puerto

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

13. ASTURIAS  **(302 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Central de Asturias - HUCA
- 2º Hospital de Cabueñes
- 3º Hospital Valle del Nalón
- 4º Hospital San Agustín
- 5º Hospital Monte Naranco

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

14. BALEARES  **(231 Casos).**

- Palma de Mallorca 155
- Ibiza 55
- Menorca 19
- Formentera 2

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

15. CANTABRIA  **(227 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  **(99 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 Urgencias
- 4º Traumatología
- 5º Ginecología y obstetricia

17. LA RIOJA  **(68 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

18. CEUTA y MELILLA (18 Casos).

- Ceuta 11
- Melilla 7

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

- **781 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médica** hemos recibido durante 2017 en ‘El Defensor del Paciente’, lo que equivale a **60 pacientes menos que en 2016**. 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 la pérdida de oportunidad terapéutica.

- **311 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 mantiene prácticamente similar, con respecto al pasado año, aunque con la crisis de hace poco las personas se han sometido en menor medida a este tipo de intervenciones.

- **147 bebés** nacieron con alguna discapacidad, lo que supone ocho casos más respecto al 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.

- **36 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.

- **49 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.

- **92 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 16 casos menos contabilizados con respecto a 2016.

- **85 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.

- **34 casos de contagiados por hepatitis C (VHC)**. El guarismo se mantiene casi inamovible en relación al año anterior, con un caso más. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.
- **32 casos de intervención lásik (oftalmología)** con mal resultado, secuelas o pérdida de visión. La cifra es muy parecida en relación a 2016. 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 2017

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 - Neurocirugía

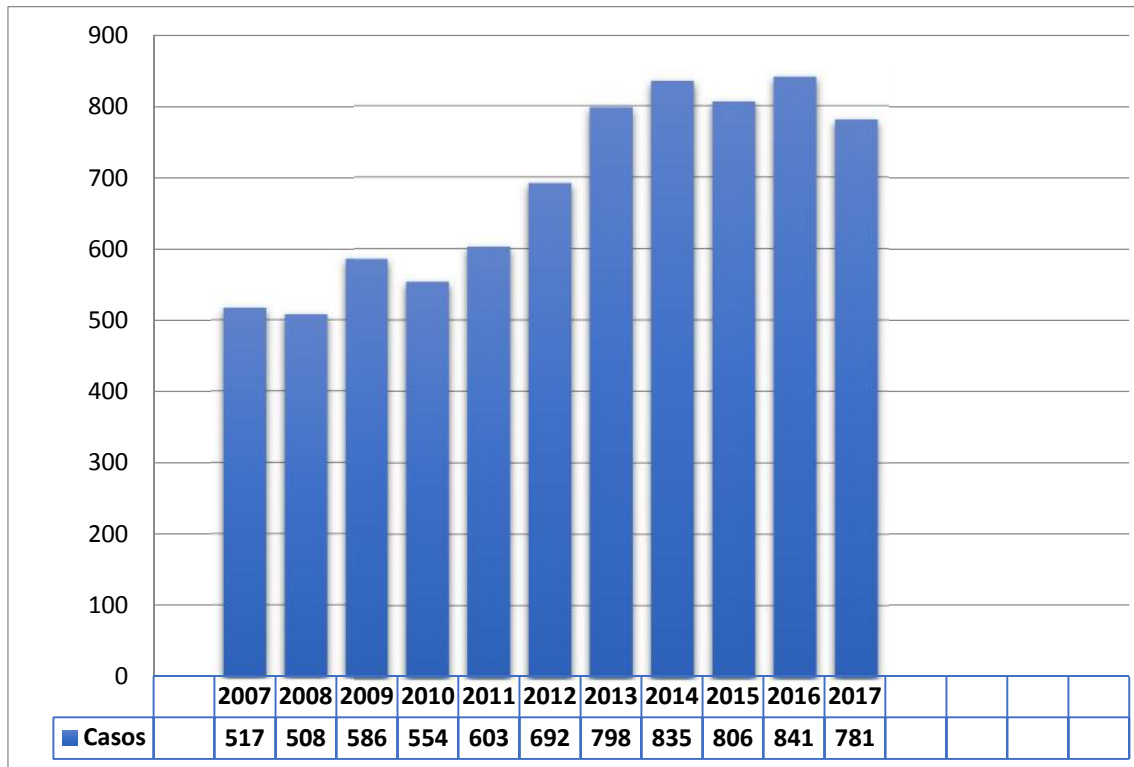
10º - Urología

ESTADÍSTICAS de casos recibidos en El DEFENSOR del PACIENTE por negligencia médica en el período comprendido entre 2007 y 2017.



AÑOS	NEGLIGENCIAS
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
2017	13.983

Fallecimientos por Negligencias Médicas



AÑOS	FALLECIMIENTOS
2007	517
2008	508
2009	586
2010	554
2011	603
2012	692
2013	798
2014	835
2015	806
2016	841
2017	781

ÍNDICE

MEMORIA 2017	1
OPINIÓN	2
FALTA de ESPECIALISTAS	4
CONSENTIMIENTO INFORMADO	5
JUSTICIA.....	6
SEGURIDAD SOCIAL	8
URGENCIAS	10
LISTAS DE ESPERA	12
ESTADÍSTICA 2017 por COMUNIDADES	20
Nº de FALLECIDOS, DISCAPACITADOS, etc	30
SERVICIOS y PATOLOGÍAS más denunciadas	31
ESTADÍSTICAS NEGLIGENCIAS 2007 / 17	32
ESTADÍSTICAS FALLECIMIENTOS 2007 / 17	33
ÍNDICE	34