



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 2019

Como en años anteriores hacemos balance de los casos que hemos recibido a lo largo de 2019 por presuntas negligencias médico-sanitarias. A diferencia del curso anterior, el número de negligencias en España ha experimentado un considerable descenso. Este año hemos recibido un total de **13.454 casos** (881 menos que en 2018), de los cuales **757 han sido con resultado de muerte** (53 menos que en 2018).

Aunque el número de negligencias médicas haya descendido la Sanidad no goza de buena salud. Sin embargo, algunos mandatarios restan importancia a estas cifras y se escudan en los miles, o millones, de actos médicos que se efectúan al año. Incluso otros, como la presidenta de la Comunidad de Madrid, se permiten el lujo de **calificar como “anécdotas” este tipo de asuntos**. Así calificó al caso de Aitor, el chico que falleció por asfixia y que llamó al 112. En realidad, lo único que les importa es que estos casos no salgan a la luz pública, justificándose en el correcto cumplimiento del protocolo como indicio de enmascarar el corporativismo médico.

La profesionalidad no se mide solo por la técnica o la pericia, sino por ser una buena persona. Hay que escuchar a los pacientes y tratarles con empatía y **HUMANIDAD**. A veces los profesionales, por estrés o por rutina, cometen errores, pero hay que hacer lo posible por que esto no ocurra ya que está en juego la salud y la vida de las personas. En la profesión médica primero hay que formar a los facultativos como personas y después como profesionales. Se necesitan doctores con vocación. Se habla mucho del protocolo médico, pero lo primero de todo es la ética y si el protocolo falla hay que cambiarlo o eliminarlo. En definitiva, **hay que potenciar la formación de los estudiantes de Medicina en la relación con el paciente.**

OPINIÓN: ¿De verdad tenemos la mejor sanidad del mundo?

En España, el eterno debate sobre nuestro sistema sanitario es un tema muy en boga y de máxima actualidad. Nadie duda de que en comparación con los países de nuestro entorno somos unos privilegiados porque tenemos una sanidad pública y ¿de calidad? **¿En serio tenemos la mejor sanidad del mundo?** Nuestras dudas no son por la destreza de nuestros profesionales, sino por la deshumanización que empaña el sistema sanitario. Que el modelo falla, desde hace mucho tiempo, es una realidad. A quién no le ha pasado, alguna vez, que cuando ha visitado al médico, el supuesto profesional ni se levanta de su silla, pregunta qué te pasa, te receta un Paracetamol y asunto arreglado. **La sensación de hastío entre pacientes y facultativos cada vez es mayor** ante un sistema sanitario que ha ido cayendo en picado por una gestión deficiente y llena de lagunas.

El problema es cómo repercute en los usuarios la mala gestión a la que nos referimos. Ejemplos tenemos muchos si nos remitimos a las sentencias conseguidas este año por los abogados que colaboran con la Asociación ‘El Defensor del Paciente’: **“Condena al SERMAS por la muerte de un niño, de 8 años, como consecuencia de un error de diagnóstico en el melanoma que padecía”**. **“Condena a un médico de digestivo que aconsejó a una paciente ir al psicólogo cuando lo que padecía era un cáncer de páncreas y falleció”**. **“Condena al IB-SALUT por la parálisis braquial ocasionada a una recién nacida por no practicar una cesárea”**. **“Condena al SAS por la muerte de un niño al demorar un trasplante de médula ósea”**. **“La Audiencia Provincial de León confirma sentencia condenatoria de un año de prisión y 3 de inhabilitación a una doctora de Urgencias por la muerte de una paciente como consecuencia de un HOMICIDIO por imprudencia profesional”**. **“Condena al Ministerio de Defensa por un retraso diagnóstico injustificado que costó la vida a una paciente por un shock hemorrágico”**. **“Condena al SESCAM por retraso en el diagnóstico y tratamiento de un ictus y la derivación a un centro dotado con Servicio de Neurocirugía”**. **“Condena a un Centro Médico de Cartagena por retraso diagnóstico de cáncer de mama con resultado de muerte”**. **“Condena al SACYL por las graves secuelas ocasionadas a una paciente tras el parto: pérdida de útero, arrancamiento de uréter y necesidad de trasplante de riñón”**. **“Condena a la Conselleria de Sanitat Valenciana por tenerle que amputar la pierna izquierda a una paciente debido a un error de diagnóstico”**. **“Sentencia condenatoria al SAS reconoce el daño causado a un paciente a raíz de un contagio de Hepatitis C que acabó con su vida en un hospital de Málaga”**. **“Condena a una Aseguradora porque sus servicios médicos no extirparon un tumor cerebral a una joven pese a informar que sí y ser intervenida dos veces”**. **“Condena al SMS por omitir una simple radiografía de abdomen a un paciente que falleció a raíz de una peritonitis pese a llevar 8 días ingresado”**. **“Condena a las Emergencias Sanitarias de Andalucía por la muerte de un paciente como consecuencia de una demora de casi 4 horas en acudir la ambulancia”**. **“Condena millonaria a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud por retraso diagnóstico de un tumor medular benigno de un joven que ha quedado en silla de ruedas de por vida”**. **“Condena a una ginecóloga por perforar el útero y el intestino de una paciente tras la práctica de un legrado”**. **“Inhabilitación a una fisioterapeuta de Valladolid por un delito de lesiones como consecuencia de una imprudencia profesional grave”**. **“Condena al SAS por el nacimiento de un niño con síndrome de Down pese a prueba previa que lo descartaba”**. **“Condena al SESCAM por retraso de 6 meses en diagnóstico y tratamiento de un cáncer de pulmón con resultado de muerte”**.

Además de reparar un gravísimo daño injustamente causado a los afectados, estas sentencias conllevan que el poder judicial lleve a cabo un control externo de la actividad médica del que, sin duda, se verán favorecidos otros pacientes en el futuro. En este sentido, desde la Asociación ‘El Defensor del Paciente’, siempre hemos defendido que **lo mejor es evitar las malas prácticas médicas, pero una vez producidas es necesario que sean depuradas para mantener un sistema sanitario eficaz.**

A partir de este punto, abordemos **qué se entiende por Humanización de la asistencia en la relación médico-paciente.** Debería consistir en **poner en valor la dignidad de los pacientes a través de una atención personalizada, proporcionándoles la información y formación precisa para que puedan participar de forma proactiva en la toma de decisiones.** Igualmente, ha de consistir en considerar no solo a los enfermos, sino prestar también especial atención a las necesidades de los familiares que los acompañan. Y todo ello mediante una comunicación adecuada, poniendo en valor la profesionalización y vocación. Aunque la Humanización sea una característica inherente a la actividad asistencial, debemos ser consecuentes con que los esfuerzos de los modelos sanitarios se han centrado fundamentalmente en la búsqueda de la excelencia científico-técnica de la asistencia, descuidando, en muchas ocasiones, otros valores de dicha atención relacionados con el círculo personal y familiar.

Sin embargo, si nos atenemos a algunas de las reclamaciones recibidas en 2019, tenemos la sensación de que la humanización de la asistencia sanitaria se trata simplemente de una **operación de marketing**, que abandera el modelo de gestión de muchas Consejerías de Salud, y no la respuesta a un compromiso institucional permanente como quieren venderlos. Los casos a los que nos referimos guardan relación con personas mayores fallecidas, en algunos hospitales, sin recibir la atención adecuada, incluso abandonados. **¿Cuál es el límite de edad que ha de tener un paciente para que merezca que le traten y atiendan con dignidad?** ¿Algunos facultativos clasifican a los pacientes según su edad cuando ingresan en Urgencias y si son octogenarios o ancianos se desinteresan? Nos surgen varias dudas cuando se es testigo de situaciones como las de Pedro, paciente de 90 años, que ingresó por Urgencias del Hospital Gómez Ulla, aparentemente con un cuadro “normal” de insuficiencia respiratoria, y tras varias horas sin que los familiares fueran informados, una médica les dijo que tras cambio de turno se lo había encontrado muerto en la camilla del box, sin más explicaciones. Algo similar sucedió con M^a Carmen, una octogenaria que estuvo ingresada en planta del Hospital Virgen Altagracia durante tres días, aquejada de fuertes dolores y a cambio recibió un trato despreciable por parte de un médico y una enfermera, hasta que la llegada de un nuevo doctor que, con empatía y profesionalidad, supo diagnosticar el infarto de miocardio que había sufrido, pero ya fue tarde porque falleció a los pocos días.

Estos casos son solo la punta del iceberg. En todos ellos se da la circunstancia coincide que tenían más de 80 años. ¿Había llegado su hora? **¿Tenían que morir? Quizás sí, pero eso no justifica el trato deshumanizado y desconsiderado tanto al afectado como a sus familiares.** Lo peor es que los facultativos no saben pedir perdón. Por miedo a ser demandados, la vergüenza de reconocer su error o por no saber cómo disculparse.

En definitiva, reivindicamos la **necesidad de proteger la relación médico-paciente ya que es la esencia de la Medicina. Debería ser preservada como núcleo fundamental de una asistencia sanitaria centrada en la persona, de alcance universal y con un funcionamiento eficiente.**

La urgencia de las URGENCIAS.

España está obligada a regularizar la especialidad de Urgencias. La OMS, en su 72ª Asamblea, en mayo pasado, instó a que **los Estados desarrollen sus sistemas de Urgencias y Emergencias con una especialización adecuada de los profesionales sanitarios**, dado que en este apartado la atención sanitaria es más compleja, exigente y trascendente. Por lo tanto, es peligroso que esta formación no esté regulada.

Los médicos de urgencias siempre están ahí. De día, de noche, en festivos, en días importantes de un acontecimiento deportivo, en las epidemias, en las pandemias, en los atentados, cuando un niño tiene fiebre, un familiar un infarto, la abuela no puede respirar o nuestro hijo sufre un accidente. Siempre están abiertos, siempre en alerta, siempre de servicio, permitiendo que la vida siga su rumbo.

Los médicos de urgencias se encuentran en primera fila para manejar a los pacientes más graves, a los traumatizados más severos, a los que se les ha parado el corazón de repente, los que no pueden respirar, los que les sangra el estómago o los que les ha faltado el riego al cerebro. Sin embargo, el sistema continúa sin reconocer que los pacientes más graves necesitan médicos formados expresamente para tratarlos, altamente especializados.

Los médicos de urgencias están bien valorados por los usuarios. La mayoría de los pacientes que buscan su ayuda desconocen que su formación es a base de palos, de autogestión, de leer, de confundirse, de preguntar, de acudir a cursos sueltos, de pasar infinito miedo a no saber... Si un pulmón lo trata un neumólogo, una urgencia la debería tratar un urgeniólogo.

Los médicos de urgencias de nuestro país atienden a uno de cada dos españoles al año. Estadísticamente, en dos años toda la población ha pasado por sus manos. Además, uno de cada 10 españoles recibe asistencia de los Servicios de Emergencias Médicas. Ninguna especialidad hospitalaria es tan claramente necesaria como la medicina de urgencias para el buen funcionamiento de la sanidad española.

Los médicos de urgencias desempeñan su trabajo en condiciones mucho más duras que cualquier otro médico. Les apremia el tiempo, manejan simultáneamente a muchos pacientes, carecen de información sobre muchos de ellos, toman muchas más decisiones al día (o noche) que nadie y de manera rápida, con ruido y distracciones, lidiando situaciones realmente estresantes, se enfrentan a familiares ansiosos, a pacientes intoxicados o agresivos, rozan la muerte con los dedos, quitan el dolor...

Los médicos de urgencias están entre los que cometen más errores, más que cualquier médico de otro ámbito. **La conclusión es rotunda: la falta de especialidad atenta contra la seguridad del paciente. Sin duda, es la urgencia de las Urgencias.**

Los médicos de urgencias están, pero no lo son. El que la Administración continúe dando largas sin reconocer que son una especialidad supone un abuso.

Sin embargo, las Urgencias se siguen abasteciendo de médicos formados para Medicina Familiar que, una vez incorporados a las urgencias tardan bastante más de dos años en adquirir las habilidades necesarias.

Por lo tanto, 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 acudimos a ellas sin necesidad es pura demagogia. Así ha quedado de manifiesto en algunos titulares de prensa a lo largo de 2019:

“Los médicos de Urgencias demandan a Sanidad en la Audiencia Nacional por no tener especialidad”. “Muere una mujer en Urgencias de Torrecárdenas tras esperar dos horas sin atención médica”. “El colapso de las Urgencias síntoma del desmantelamiento de la Sanidad”. “23 médicos de Urgencias del Insular denuncian a Sanidad ante la Fiscalía”. “18 años de saturación en Urgencias”. “La huelga en las Urgencias de la Paz no es para paralizar el servicio, sino porque no funciona”. “El personal de Cabueñes agobiado por la alta afluencia a Urgencias”. “Los jefes de Urgencias de Valencia alertan a Sanidad de la saturación por carencia de plantilla”. “Médicos del Virgen del Rocío denuncian ante la Fiscalía la sobrecarga laboral inasumible en Urgencias”. “Denuncia una espera de 30 horas en Urgencias del Hospital de Jerez por falta de camas”. “150 médicos residentes de Urgencias de Cáceres están convocados a una huelga indefinida”. “Un médico y un enfermero de urgencias para 550.000 habitantes”. “Urgencias cerradas por falta de médicos en la Comunitat”. “Estuve cuatro horas sin saber nada de mi mujer, ingresada en Urgencias”. “Esperas de hasta diez horas en Urgencias de la costa por falta de refuerzos”.

Como hacemos de forma habitual, para concluir este apartado, a continuación, mostramos un listado de los Hospitales que más reclamaciones hemos recibido de sus servicios de Urgencias, en los que las plantillas, como profesionales, se encuentran en una situación de malestar, estrés, resignación y agotamiento físico y mental porque no dan abasto. Son servicios con deficiencias similares como ha quedado de manifiesto en repetidas etapas a lo largo del año: **pacientes hacinados por falta de espacio, insuficiente número de camas, horas de espera hasta recibir asistencia, colapso brutal, errónea gestión organizativa,** etc.

Los hospitales andaluces, madrileños y gallegos son los que peores servicios de Urgencias tienen por una gestión deficiente:

- 1º. **Hospital Universitario La Paz** (Madrid).
- 2º. **Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío** (Sevilla).
- 3º. **Hospital Universitari i Politècnic La Fe** (Valencia).
- 4º. **Complejo Hospitalario Universitario Insular** (Las Palmas de G.C.).
- 5º. **Hospital Universitario Miguel Servet** (Zaragoza).
- 6º. **Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela**.
- 7º. **Hospital Clínic** (Barcelona).
- 8º. **Complejo Hospitalario Regional de Málaga**.
- 9º. **Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca** (Murcia).
- 10º. **Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña – CHUAC**.

Gestión ineficaz de los servicios de Urgencias y Emergencias.

Dentro de nuestro sistema sanitario los servicios de Urgencias y Emergencias suponen otra rama endeble como consecuencia de diferentes carencias. No es oro todo lo que reluce. Para muestra un botón. El SUMMA 112 de la Comunidad de Madrid, es un colectivo de personal cualificado (médicos, enfermeras, técnicos, locutores, etc.) que presta sus servicios en toda la Comunidad de Madrid las 24 horas de los 365 días del año, atendiendo las urgencias y emergencias a través de diferentes dispositivos. Las debilidades, en cuanto a su funcionamiento, las hacemos extrapolables a otros servicios similares de las distintas regiones españolas. Por lo que **analicemos líneas estratégicas a mejorar en la gestión del SUMMA 112, que serían las mismas o parecidas en el resto del país, partiendo de las deficiencias que existen en la actualidad:**

1º) Gestión ineficaz de los recursos móviles extrahospitalarios de emergencias, ya que en la actualidad, en numerosas ocasiones, recursos tipo Soporte Vital Avanzado, tales como Uvis Móviles y Vehículos de Intervención Rápida, los cuales están repartidos tanto en Madrid capital como en el resto de la Comunidad, atendiendo a criterios de isócronas, densidad de población y demanda asistencial de la población, son malamente utilizados para atender patologías urgentes demorables, patologías propias de la atención domiciliaria de Atención Primaria o las Unidades de Asistencia Domiciliaria, lo cual ocasiona una **falta de respuesta tanto en tiempo, como en recurso asistencial, en caso de precisarse asistencia en un supuesto de emergencia sanitaria**. El caso más flagrante y lamentable, conocido por muchos a través de los medios de comunicación, es el caso de la muerte de Aitor, ocurrido en enero de 2018, en la localidad de Navalcarnero, con un triste desenlace. Dejando a un lado el tono de voz de la persona que atendió a la madre del fallecido, que es otra historia, **el recurso de la localidad no se encontraba disponible por los motivos anteriormente expuestos de una pésima gestión de los medios móviles asistenciales**. Pero este no es un hecho aislado, sino más propio de una gestión inoperante, recidivante y continua.

2º) **Inadecuada gestión en la asignación de ambulancias de soporte vital básico**, tanto asistenciales como no asistenciales, **para la realización de traslados de altas hospitalarias**, los cuales deberían ser realizados por ambulancias de transporte programado. Esto repercute en un menor número de ambulancias disponibles para el operativo asistencial de las urgencias y emergencias de la Comunidad de Madrid, imposibilitando, en multitud de ocasiones, una adecuada respuesta asistencial o graves demoras en las mismas.

3º) **Inapropiada gestión en la cobertura de personal sanitario de los dispositivos asistenciales propios e inherentes a la actividad diaria y continua del SUMMA 112**, lo cual conlleva una cobertura incompleta, ineficaz y con “parches” de personal sanitario en cualquiera de sus tres categorías: personal médico, de enfermería o de técnicos de emergencias. **Algunos días no han podido salir 13 de los 37 vehículos de atención domiciliaria por la carencia de médicos**. Este hecho ha sido denunciado públicamente por organizaciones sindicales numerosas veces, hasta tener que hacerlo por la **vía penal contra el propio gerente del SUMMA 112 y el director de Recursos Humanos** ya que ocasiona un deterioro tanto cualitativo como cuantitativo en el operatorio ordinario de todos los recursos asistenciales, y que se ve gravosamente perjudicado en determinadas fechas coincidentes con períodos vacacionales, pero en los que el SUMMA 112 no cesa su actividad y cíclicamente sucede de forma seguida.

4º) Innecesaria existencia de dos centros coordinadores, uno sito en la sede del SUMMA (C/Antracita) y otro en la central de recepción de llamadas de emergencias de la Comunidad de Madrid, en Pozuelo de Alarcón concretamente. Esta duplicidad y falta de coordinación conlleva y acarrea un **gasto desproporcionado para el erario público**, aparte de una tarea que, del mismo modo, muchas veces, genera duplicar recursos ante un mismo incidente.

5º) Al igual que el punto anterior, similar es la **infructífera existencia de dos servicios de emergencias extrahospitalarios en Madrid**, uno dependiente del Ayuntamiento, **SAMUR – Protección Civil**, y otro dependiente de la Comunidad de Madrid, **SUMMA 112**. Eso sí, esta es la única comunidad autónoma en la que esto sucede. En definitiva, nuevamente se genera un doble gasto en los presupuestos públicos y una gestión ineficaz en cuanto a la delimitación de competencias de cada uno de ellos, a la par de duplicidad de asignación de recursos asistenciales ante una misma eventualidad sanitaria. En tanto en cuanto **ambos servicios son usados como herramientas políticas y armas arrojadas en debates públicos y políticos, falseando y tergiversando la realidad asistencial y de gestión de cada uno de ellos respectivamente, usándose en ocasiones como reclamo electoralista y con fines políticos.**

En conclusión, la nefasta gestión, a nivel nacional, en la organización de los servicios de urgencias y emergencias está provocando retrasos continuos que solo perjudica al usuario, por el reiterado incumplimiento del compromiso de la Administración sanitaria en dotar adecuadamente la prestación del servicio de ambulancias con personal y medios suficientes.

En consonancia con lo anteriormente explicado, durante 2019, algunos **Tribunales de Justicia han dictado Sentencias en contra de la Administración sanitaria**. Por citar algún ejemplo, de los casos tramitados en la Asociación ‘El Defensor del Paciente’, hagámonos eco de una **condena a las Emergencias Sanitarias de Andalucía por la muerte de un paciente a raíz de una demora de casi 4 horas en acudir la ambulancia**. El caso se remonta al 04/03/2012, cuando un señor residente en Siero (Almería), comenzó en su domicilio con un cuadro de mareo, dolor lumbar y disnea. Se llamó al servicio de emergencias 061 solicitando asistencia médica urgente. Por parte del centro de coordinación de emergencias se restó importancia al cuadro. Hubo un fallo de coordinación del centro de emergencias que condujo a que no se activaran otros recursos disponibles (ambulancias asistenciales), y en consecuencia se demorara injustificadamente la asistencia médica urgente. Lo único que pudo hacer el facultativo que acudió fue certificar el fallecimiento. La Sentencia considera probado que la actuación del centro de coordinación de emergencias fue negligente y conllevó la muerte.

Del mismo modo, volviendo al caso de Aitor, para evitar muertes por inacción, como fue la suya, ha quedado más que demostrado que **urge cambiar el protocolo de los servicios 112 y 061 porque el actual está obsoleto y se cobra vidas humanas**. Así se lo hemos solicitado a través de una carta a la ministra de Sanidad, María Luisa Carcedo, para que se garantice una humanización real de la asistencia. Se realizan demasiadas preguntas, hay poco personal y el que hay está poco preparado como pudo comprobar la ciudadanía por el tono de voz de los audios en la atención a la madre del joven fallecido. La *lex artis* se tiene que ajustar a la humanidad. El funcionamiento del actual protocolo es inusitado, debido a la gran cantidad de personas que están muriendo por una falta de atención y respuesta a tiempo de los servicios de urgencia sanitaria.

Caso TALIDOMIDA: Una vergüenza nacional que continúa.

El famoso caso de la talidomida sigue dando titulares de vergüenza en España. Nuestro país es el único en el que se siguió vendiendo talidomida tras ser retirada de todo el mundo en noviembre de 1961 al saberse que causaba abortos y que nacieran niños sin brazos ni piernas. Como se sabe, los afectados primero demandaron a la farmacéutica alemana Grünenthal como causante directa de los daños, y aunque en primera instancia ganaron en 2013, posteriormente en 2015 el Tribunal Supremo estimó la prescripción de su acción.

Posteriormente la Ley 6/18 marcó un hito, al reconocer por primera vez algo que entra en contradicción con la sentencia, a saber, que **hay afectados en España desde 1950 hasta el año 1985**, es decir **¡24 años después de la retirada en el resto de países!** Si esto ha estado oculto hasta ahora ¿cómo puede estar prescrita la acción contra el responsable? El problema además es que esa ley establece **dos obligaciones al Gobierno que hasta ahora no ha cumplido** -hay que recordar que el PSOE votó en contra de esta ley-: pagar unas determinadas ayudas a los afectados, y exigir la parte de responsabilidad a Grünenthal como propietaria de la patente. Todo esto ya estaba contemplado hace más de tres años en La PROPOSICIÓN NO DE LEY de 26/11/16, que además exigía estudiar la exención fiscal de las ayudas, de lo que el Gobierno también ha hecho caso omiso.

Ante estos incumplimientos **las víctimas han demandado al Estado ante la Audiencia Nacional**, en un procedimiento contencioso administrativo actualmente abierto en el que solicitan 400 millones de euros. Con fecha 18/12/19, seguramente espoleado por este procedimiento, el Ministerio ha hecho público el dato de una lista provisional de **103 posibles afectados de 584 solicitudes presentadas**, lo que arroja una proporción de reconocidos muy por debajo de lo ocurrido en el resto de Europa que, a la espera de conocer resoluciones concretas, **hace a los afectados desconfiar**.

Lo cierto es que a pesar de que es un hecho probado en sentencia que España fue el único país en el que se siguió vendiendo talidomida cuando era retirada en todo el mundo en 1961, como se ha dicho nada menos que 24 años hasta 1985, es inadmisibile que:

- 1-.** No existe a día 20-12-19 **ni un solo afectado reconocido oficialmente.**
- 2-.** No existe ningún estudio ni medida de **exención fiscal** de las ayudas pese a los establecido en la PROPOSICIÓN NO DE LEY de 26/11/16.
- 3-.** Desde que en julio de 2018 se aprobó la 6/2018 de concesión de ayudas, **nadie ha cobrado nada hasta la fecha.**
- 4-.** Y, por último, a pesar de que el art. 7 de la PNL de 2016 y la Ley 6/2018 así lo exige, no consta que **el Gobierno le haya reclamado nada a Grünenthal**, empresa alemana que según sentencia firme actuó con culpa y negligencia y es la responsable material de la tragedia en España, país en el que se sigue lucrando vendiendo fármacos a la sanidad pública.

Caso DEPAKINE: la talidomida moderna.

Si creíamos que tras la catástrofe de la talidomida algo parecido no volvería a ocurrir, la realidad ha demostrado desgraciadamente todo lo contrario: **de nuevo un fármaco suministrado a las embarazadas, sin el suficiente control, ha provocado tremendos daños en los fetos.** El 5 de junio de 2019 se admitió a trámite la primera demanda presentada en España por afectados del síndrome de ácido valproico.

Los efectos teratogénicos del VALPROATO SÓDICO (DEPAKINE) son conocidos desde el año 1980, cuando se describió que la exposición intrauterina al valproato ocasionaba alteraciones en el cierre del tubo neural (espina bífida) en los niños. Posteriormente diferentes publicaciones científicas fueron confirmando que producía **múltiples malformaciones a recién nacidos** compatibles con fenotipo característico denominado síndrome fetal por valproato caracterizado por dismorfia facial, anomalías congénitas, retraso en el desarrollo, especialmente en el lenguaje y la comunicación, y diversos trastornos compatibles con un espectro autista.

En España, el DEPAKINE (valproato sódico) ha sido comercializado desde 1980, estando **indicado para el tratamiento de la epilepsia, todo ello sin advertencia de los posibles riesgos teratogénicos a las gestantes** a pesar como se dice de los numerosos estudios publicados en la década de los 80 y de los 90. La información de los efectos en los fetos ha sido claramente insuficiente y hasta la actualidad la paciente-consumidora no ha empezado a ser consciente de la magnitud del problema. Las víctimas son miles en Europa y cuentan ya en sus países con potentes asociaciones. En España carecemos, hasta ahora, de registro de afectados, **negándose el Ministerio de Sanidad a afrontar el problema.**

Esta tragedia ha alcanzado gran dimensión **social en Francia, donde se calculan más de 11.500 niños afectados.** En 2016 el Parlamento francés votó por unanimidad una ley de compensación garantizada por el Estado, pero pagada por SANOFI, el laboratorio distribuidor del fármaco. Además de ello se siguen allí numerosas acciones judiciales, siendo que recientemente se han producido las primeras condenas a SANOFI. Más precoces fueron los británicos, quienes ya fundaron asociaciones de padres de niños afectados diez años antes.

También cabe apuntar, que la primera modificación del prospecto aludiendo específicamente a este fármaco se realizó en el año 2006; pero no fue hasta 2015 cuando SANOFI editó nota informativa para los usuarios, con posterior modificación de los prospectos que acompañan al DEPAKINE. Ahora, cuando ha empezado la difusión mediática de este escándalo en nuestro país, es cuando los pacientes o usuarios españoles no han empezado a tener una información más completa de todos los efectos secundarios atribuidos al valproato.

Tristemente estos hechos vienen a ser una reedición del escándalo de la talidomida en los años 60 del pasado siglo, cuyos afectados, como ya hemos apuntado, siguen buscando una solución a su problema en España, y ello cuando parecía imposible que volviese a pasar que un medicamento potencialmente teratogénico se prescribiera a las embarazadas sin la mínima información y control.

La pesadilla de las LISTAS de ESPERA quirúrgicas.

¿Quién mete el bisturí a las listas de espera? Esa es la cuestión. Parece ser que nadie tiene la fórmula a tenor de los últimos datos facilitados por el Ministerio de Sanidad los cuales arrojan un balance de **671.494 pacientes esperando una intervención quirúrgica y una media de tiempo de 115 días a nivel nacional**. El retroceso es más que alarmante ya que, otra vez, la sanidad pública española vuelve a superarse estableciendo un nuevo récord histórico dentro de este apartado. Todos tenemos derecho a una sanidad pública, pero en la realidad ese derecho colisiona con que la accesibilidad está restringida o demorada.

Desde hace más de treinta años, independientemente de quien haya gobernado, las listas de espera sanitarias no han parado de crecer, hasta llegar a la situación actual, con casi 700.000 personas esperando una intervención quirúrgica, o 2 millones una consulta para el especialista.

¿Tenemos que creernos las cifras que el Ministerio de Sanidad facilita a la opinión pública? **¿Hay que dar veracidad a la información que las comunidades autónomas facilitan al Ministerio?** Apelamos al compromiso de transparencia de la Administración sanitaria ya que **existen comunidades, como la madrileña, cuyos registros no son creíbles al facilitar una lista de espera de tan solo mes y medio para intervenciones quirúrgicas**. Ni por asomo. Sinceramente nos parece un fraude puesto que la forma de contabilizar no se ajusta a la ley y aquí la culpa no es únicamente de la Comunidad de Madrid sino del propio Ministerio de Sanidad por consentirlo.

Y si hablamos de transparencia, por qué el Ministerio de Sanidad y las CCAA no informan sobre el número de personas que quedan incapacitadas o fallecen durante el proceso de lista de espera. Para que nos hagamos una idea, un total de 26.000 personas fallecieron, en Chile, en lista de espera durante 2018, conforme a datos del Segundo Informe Trimestral del Régimen General de Garantías en Salud de ese país. La cifra es estremecedora. Si tenemos en cuenta que España doblé a Chile, de manera sobrada, en número de habitantes, resulta muy incómodo pensar cuáles son los datos reales de muerte en nuestro país de pacientes en lista de espera. Las cifras serían terribles, pero como no interesa que se sepan la opacidad campa a sus anchas.

Por lo general, las listas de espera **son un engaño político y una tomadura de pelo hacia todos los ciudadanos**. De un tiempo a esta parte, se han convertido en un instrumento de propaganda electoral. Pero, cómo se puede entender que año tras año continúen in crescendo y quienes nos gobiernan no aporten soluciones. La explicación podemos encontrarla en los síntomas de flaqueza que cimentan la financiación del sistema sanitario, cuyas taras, como el grave problema de la falta de facultativos, desencadenan su aumento. Medidas como la ampliación del número de horas de trabajo de los cirujanos o el incremento de las horas en las que trabajan los equipos han sido claramente insuficientes. Lo peor de este mal funcionamiento es que la sanidad privada sale bastante beneficiada debido a que el ciudadano de nivel medio-alto recurre a ella para evitar la agonía de las inadmisibles demoras. Lo triste y contradictorio es que **el dinero que la sanidad pública emplea en las derivaciones a la privada es dinero que no se está destinando a la mejora de sus servicios básicos**.

Queda claro que nunca se han querido adoptar las medidas estructurales que permitieran disponer de un sistema sanitario público, universal y de calidad. Las medidas coyunturales tomadas por los políticos de turno no han solucionado el problema, sino que lo han agravado, ya que han sido dirigidas a drenar dinero público hacia los centros privados, deteriorar los centros de gestión directa, y a mantener determinados privilegios de sectores minoritarios del sistema. Privatizar y deteriorar el sistema sanitario público son un objetivo fundamental, para mayor gloria de los seguros privados que no paran de crecer a costa de aquellos sectores de población que aún pueden permitirse contratar una póliza.

Dado que ha sido un año de elecciones, de nuevo hemos asistido a la puesta en escena de los partidos políticos y **no hemos observado que hubiera propuestas claras para garantizar una atención sanitaria adecuada a la población.** Como síntoma de lo que está ocurriendo, el sistema ha dejado de dar respuesta, en tiempos razonables, a las necesidades de atención de muchos pacientes. Así, nos han llegado denuncias de pacientes derivados desde su médico de primaria al especialista, que no consiguen acceder ni siquiera a ser incluidos en la lista de espera. Incluso hay quienes a los 6 meses aún no han recibido la cita para dicha consulta, es decir, que no logran acceder por estar las agendas cerradas, lo que cada vez es más común en todo el territorio.

Las soluciones debemos fundamentarlas en aumentar plantillas y rentabilizar los recursos ya existentes, fomentando un proceso de diálogo con los trabajadores sanitarios en búsqueda de solventar los problemas actuales. Creación de turnos para los médicos (mañana, tarde y noche, los siete días de la semana), en todos los servicios hospitalarios y con los equipos al completo. Y aquí no vale la excusa de trabajar en la privada, puesto que el profesional ha de deberse primero a la pública. NO a las PEONADAS porque, a la postre, los quirófanos se infrautilizan por las mañanas mientras que luego algunos profesionales engordan sus sueldos, fuera de su jornada laboral, operando por las tardes. Por lo tanto, lo correcto sería más empleo y mayor estabilidad, en contra de promesas políticas de Planes que luego no se cumplen. Actuando de este modo, estamos convencidos de la mejora de las listas de espera sin un sobre coste adicional.

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

En definitiva, el principal escollo de las listas de espera es la financiación. Otro año es más de lo mismo, se trata de un problema estructural. Es decir, para poder abordarlo de manera seria habría que tener claro cuáles son los recursos necesarios para poder atender a la población en condiciones y con unos cánones mínimos de calidad.

En el año 2004, el Ministerio de Sanidad se comprometió a elaborar un protocolo común con las CCAA para mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios. En aquel año se anunció que una persona no debería esperar más de siete días para una prueba diagnóstica, diez días para la primera consulta con el especialista y **45 días para una intervención quirúrgica programada. Quince años después observamos que nuestros gobernantes siguen propugnando una utopía.** La desigualdad entre distintas zonas de España es tremenda, algunas comunidades cuentan con más de cinco meses de lista de espera quirúrgica. Por lo tanto, **es hora de que el Ministerio de Sanidad replanteé los criterios para establecer las listas de espera. Sabemos que el maquillaje es una práctica generalizada en la gestión sanitaria, pero lo que no imaginábamos es que comunidades, como la de Madrid, lo practiquen de forma tan descarada.**

Lo más importante a la hora de analizar el estado de cada comunidad es fijarse en la demora media. En ese sentido, bajo nuestro punto de vista, **las peores son: Andalucía, Cataluña, Castilla-La Mancha y Canarias.** Del mismo modo, cabe destacar el **empeoramiento** que han sufrido comunidades como **Aragón, Extremadura y la Comunidad Valenciana.** En el otro extremo, **País Vasco y La Rioja continúan siendo las mejores** pues el promedio de tiempo para intervención lo tienen tasado por debajo de los 50 días.

Andalucía, ostenta el indigno honor de encabezar el ranking. Cuenta con los peores servicios sanitarios de España por la deficiente financiación del Servicio Andaluz de Salud (SAS), debido fundamentalmente a que el gasto sanitario por habitante es apenas superior a mil euros, el menor del país. Las cifras que soportan los andaluces son discriminatorias: 164 jornadas de media para intervención y 137.721 pacientes engrosando la lista quirúrgica. Es evidente que las listas de espera andaluzas son un problema estructural, que un cambio de Gobierno no resuelve de un día para otro. Que se lo digan a Jesús Aguirre, uno de los consejeros de Salud más cuestionados y el encargado de destapar que el SAS ocultaba medio millón de andaluces dentro de este entramado. Se falsearon los números para que figuraran menos personas mediante diferentes triquiñuelas: agendas cerradas, repeticiones de pruebas sin motivo, introducción tardía de datos, etc. En años anteriores ya veníamos avisando del gran número de reclamaciones que recibíamos de afectados por las listas de espera andaluzas y la gravedad de muchos de esos casos. A pesar de ello, desde el SAS se nos tachó de “alarmistas” hasta que el tiempo nos ha dado la razón a raíz de descubrirse el fraude. Cabe añadir que la acuciante falta de especialistas y medios ha motivado una constante oleada de protestas y movilizaciones por parte de los propios facultativos y los pacientes, hasta el punto de que el gerente del SAS fue destituido. Con todos estos atenuantes, ya va siendo hora de que el consejero deje de echar las culpas al anterior Gobierno y asuma responsabilidades, puesto que el problema es una cuestión de dinero y gestión. De momento, es la primera vez que el SAS va a superar los 10.000 millones de presupuesto. Veremos los resultados a final de 2020, porque el plan de choque no ha sido del todo efectivo al no contratar nuevo personal, sino que los equipos de un hospital se han estado desplazando a otros.

Otra comunidad en la que las estadísticas son desastrosas es **Cataluña**. La evidencia es palpable: 168.108 pacientes en impasse de cirugía y 146 días de dilación a tal efecto. Los datos reflejan una tasa media de 23'32 pacientes en lista de espera por cada mil habitantes, es decir, la más alta de toda España. Los mayores retrasos se acumulan en traumatología, cirugía general, oftalmología y digestivo, por este orden. Sorprende que, tras un año del nuevo Gobierno, la situación no solo no ha mejorado, sino que ha empeorado. Pese a que la consejera de Salud, Alba Vergés, desde hace tiempo, lleve anunciando la elaboración de un decreto sobre las listas de espera catalanas a la postre no vemos que se materialice en una ley cimentada a base de transparencia y de cara a calibrar cuáles son los números reales. Menos promesas y más acciones. Mucho nos tememos que si se tirara de la manta podría suceder lo mismo que en Andalucía con miles de pacientes en el limbo. El estancamiento de la sanidad catalana es consecuencia de la falta de inversión de la Generalitat. No hay un Presupuesto como tal, continuando como valedero el de 2017. Así se entiende el disparatado número de cifras de las listas de espera, la sobrecarga en Atención Primaria, los colapsos en Urgencias, las 1.800 camas hospitalarias perdidas en la última década, el cierre de plantas, el déficit de personal y, por consiguiente, las quejas del personal sanitario revolucionado y entumecido por la presión asistencial. Sin embargo, desde otros sectores, como el defensor del pueblo catalán, Rafael Ribó, con toda la desfachatez habida y por haber, se ha querido justificar las carencias por el sobre coste que generan los pacientes de otras comunidades que van a operarse a Cataluña. No cabe duda, que el defensor del pueblo catalán lejos de posicionarse al lado de la defensa de los derechos del ciudadano catalán, con dudas tan inaceptables, se ha inclinado por posicionarse junto al gestor y la Administración.

Tampoco hay alivio para las listas de espera sanitarias en **Castilla-La Mancha**. El principal motivo que asedia al SESCAM es la falta de especialistas sanitarios. Por eso el considerable aumento de los dígitos, con cerca de 36.800 castellanomanchegos aguardando algún tipo de cirugía y una tardanza que ronda los 150 días. El baile de cifras que a diario manejan tanto el poder como la oposición tiene desorientada a la ciudadanía. Según el Gobierno regional nos encontramos ante los mejores cálculos de los últimos doce años. No obstante, si hacemos balance el panorama es bien distinto: no se ha recuperado la carrera profesional sanitaria, los profesionales de Atención Primaria andan en pie de guerra para que escuchen sus reivindicaciones, los contratos de transporte sanitario no cumplen las condiciones oportunas, se da un alto porcentaje de derivaciones de intervenciones a la privada y cancelaciones de citas por el déficit de facultativos, existen consultorios obsoletos a la espera de innovaciones, la sanidad rural se encuentra desatendida, etc. Si seguimos analizando habría que hacer hincapié en la nula inversión en los hospitales de la región. Algunos como el Hospital de Almansa tiene muchas deficiencias, especialmente el servicio de urgencias pediátricas, ya que el recinto no está preparado con medios humanos ni técnicos, no hay UCI pediátrica y además muchas plantas están cerradas. Es decir, como en otros tantos hospitales, después de haber invertido millones de euros podemos calificarlo como “abandonado”. Por otra parte, el centro hospitalario de Albacete, tal y como han denunciado, centenares de veces, sus profesionales, también atraviesa una tesitura crítica e insostenible por la precariedad del estado de sus instalaciones producto de la falta de espacio y tecnología, eso sin entrar a valorar las intolerables listas de espera de cirugía que soportan algunos de sus pacientes, aguardando más de dos años y que desde esta Asociación hemos denunciado ante la Fiscalía. En definitiva, una vez más, la transparencia del Gobierno de Page queda en entredicho porque su discurso electoral no se corresponde con la realidad pese a tildar como “históricos” los registros de las listas de espera.

La siguiente en el ojo del huracán es **Canarias**. Su lista de espera quirúrgica siempre ha sido su seña de identidad negativa. La realidad presenta 24.862 personas engrosándola con una demora media de 127 días. Las mayores demoras se hallan en neurocirugía, cirugía pediátrica, cirugía plástica y traumatología. Aunque hay que reconocer que ha mejorado ligeramente con respecto a años anteriores, los tiempos de demora son de los mayores de toda España y varían sustancialmente dependiendo de la isla o del hospital debido al defectuoso recuento de los pacientes entre unos hospitales y otros. Para la consejera de Salud, Teresa Cruz, la sanidad canaria parece que tiene mucho diagnóstico, pero poco tratamiento. De hecho, aunque la consejera lleva tiempo incidiendo en la elaboración de un decreto para publicar los datos de manera mensual, y así poder adoptar medidas y rectificar, siendo objetivos, a finales de diciembre la opacidad sigue presente puesto que no se ha materializado. Por otra parte, la saturación de los servicios de Urgencias de los centros hospitalarios de las islas, por el cierre de plantas, ha vuelto a dar que hablar, con puntos álgidos como el Doctor Negrín o el Insular, donde los propios trabajadores denunciaron ante la Fiscalía que su labor no es gestionar recursos, ni dinero, ni camas. Este no es un problema puntual, sino un reflejo del desmantelamiento de la sanidad pública del archipiélago. Otro motivo destacable de las reclamaciones que hemos recibido concierne al mal estado de las ambulancias que prestan el servicio de la comunidad, así como del material sanitario que conforma su dotación.

Aragón es la comunidad que ha experimentado el empeoramiento más significativo. Las cifras han aumentado de manera categórica con 99 jornadas para operación y 22.247 pacientes englobando la lista quirúrgica. Queda demostrado que la política de gestión de la sanidad aragonesa ha sido errónea puesto que son los dígitos más altos en los cuatro años de Gobierno de Javier Lambán. Traumatología, neurocirugía, cirugía plástica y cirugía maxilofacial son las especialidades con más retardo. La suspensión de intervenciones por la falta de anestesistas y el plante de estos para operar en horario de tarde, de forma voluntaria, ha hecho mella en el repunte de las cifras. Pero si los datos continúan su escalada, pese a que el presupuesto en sanidad se incrementó en 500 millones de euros entre 2015 y 2018, es obvio que la culpa no es de los profesionales sino del Gobierno de Lambán por una falta de previsión e ineptitud a la hora de solventar el problema. Y es que el mal endémico que azota a la comunidad aragonesa, al igual que en gran parte del país, es el déficit de especialistas. Otra fragilidad importante es la escasez de unidades hospitalarias de ictus, Aragón solo dispone de siete camas hospitalarias (cinco en el Miguel Servet y dos en el Royo Villanova).

El conjunto de comunidades con listas de espera, bajo nuestro criterio, deficientes, lo completamos con **Extremadura**. Los guarismos continúan al alza. Un total de 21.646 extremeños se encuentran esperando ser avisados para intervención, con un período medio de 111 días y las especialidades que acumulan mayor volumen son traumatología, neurocirugía, urología y cirugía plástica. Se da la circunstancia que es la comunidad en la que el deterioro asistencial es más acentuado por la carestía de facultativos, cuya plantilla de profesionales observamos que se va reduciendo año tras año, por lo que va a ser bastante complicado garantizar la asistencia sanitaria los próximos años en la región por falta de planificación de los recursos humanos. Este perjuicio crónico conlleva otros aspectos por mejorar como el cierre de centros y servicios con el consiguiente desplazamiento de pacientes a otras zonas sanitarias, las sobrecargas de 60 horas semanales que sufre la Atención Primaria, la alta carga de trabajo que padecen los médicos de Urgencias o la precariedad que sufren los pacientes oncológicos del área del Hospital Comarcal Don Benito-Villanueva con un solo oncólogo para prestar la atención.

Siguiendo con la radiografía, la **Comunidad Valenciana** también suspende con creces por su déficit permanente de financiación. La dilación media para cirugía se sitúa en los 83 días, con más de 56.700 ciudadanos abarcándola. Los pacientes que se mantienen durante más tiempo anquilosados se encuentran en cirugía plástica, cirugía pediátrica, traumatología y neurocirugía. Los buenos propósitos de la consejera de Sanidad, Ana Barceló, por modificar la Atención Primaria, invertir en infraestructuras o incrementar plantillas contrastan con la falta de transparencia que ha existido durante meses sin que se conozcan los datos reales de las listas de espera, lo cual es síntoma de una gestión más que dudosa. Resulta un tanto ridículo que Barceló justifique el retraso en publicar las cifras por la acumulación de festivos o por la negativa de las personas a intervenir en época estival. A esto hay que sumar otros desperfectos como que la Comunidad Valenciana es la que más camas cerró el pasado verano, citaciones de hasta quince días para el médico de familia o infraestructuras obsoletas y recursos mal dimensionados de los Servicios de Urgencias hospitalarios. Los centros hospitalarios peor parados como resultado de una gestión tan precaria han sido el Hospital de La Vila Joiosa donde dimitió todo el equipo de enfermería, el Hospital de Vinaròs por la falta de anestesista y el Hospital Provincial de Castellón en el que la falta de medios y personal se ha convertido en una tónica habitual. No cabe duda, que la fuga de profesionales de la sanidad valenciana empieza a ser un problema bastante serio, aunque entendible mientras la Conselleria no garantice unas condiciones decentes de trabajo. La falta de plazas y la jubilación de buena parte de los especialistas en breve agudizará el déficit de las plantillas, principalmente en pediatría y anestesiología. No obstante, para paliar tal desaguisado la Generalitat destinará 8,3 millones de euros más en sanidad, por lo tanto, sin ser necesario la ayuda de expertos en finanzas confiemos en la labor de los gestores.

Capítulo aparte son los datos entrecomillados que ofrece la **Comunidad de Madrid**. Por increíble que parezca los valores facilitados, tanto al Ministerio de Sanidad como a la opinión pública, reflejan que 52.579 madrileños están pendientes de operación con un retraso alrededor de 45 días. De ser ciertos los números serían 25.000 pacientes y 26 días menos que en 2018 respectivamente. Nos frotamos los ojos porque el descenso se nos antoja materialmente imposible de un año a otro. Es evidente que existe una deficiente contabilización. Traumatología, con diferencia, es la especialidad con mayor lista de espera quirúrgica, seguida de neurocirugía. Mientras que los pacientes no sean programados desde el primer día que son visitados y se les pida una prueba diagnóstica, las listas de espera de la Comunidad de Madrid estarán bajo sospecha. La artimaña consiste en que los pacientes en espera quirúrgica opten, prácticamente obligados, por hospitales privados puesto que se les informa que su hospital público de referencia cuenta con una demora muy larga, en cambio, si eligen un hospital privado la asistencia será mucho menor. De hecho, el anuncio de un nuevo Plan de Choque de listas de espera con la estrategia de reducir un 50 por ciento el tiempo para consultas y pruebas diagnósticas, por parte del consejero de Sanidad, Ruiz Escudero, es indicativo de que el anterior ha fracasado al no cumplir sus objetivos. A pesar de ello, dicho Plan parece un tanto banal puesto que no especifica el coste, si se van a contratar más facultativos o si los quirófanos van a estar a pleno rendimiento por las tardes. También con anterioridad se prometieron cambios en otros ámbitos como en la Atención Primaria y sigue colapsada por la escasez de médicos de familia y pediatras, sin cristalizarse ninguna reforma verdadera a base de aumento presupuestario. Y de la enfermedad crónica de las Urgencias de La Paz mejor no hablar. En fin, sin duda el desmantelamiento de la sanidad pública madrileña sigue su curso, en favor de la privada, no en vano es la segunda región de España con menos gasto sanitario por habitante.

Cantabria tampoco hace los deberes de la lista de espera quirúrgica. Hasta las 88 jornadas se sitúa la media para pasar por el quirófano, lo cual supone un incremento sustancial de casi 20 días más con respecto a 2018. Luego, son 9.622 pacientes los que la acrecientan, es decir, unos mil cántabros más que el año pasado. Traumatología, oftalmología y cirugía general y digestivo, por esta colocación, son las especialidades con demoras más extensas. Los dos puntos más remarcables de la sanidad cántabra en 2019 han sido la huelga de enfermeras para defender su profesión al entender que no era competencia suya atender urgencias de pacientes que acuden sin cita previa a los centros de salud y los gravísimos problemas asistenciales y laborales por los que el colectivo médico se ha mantenido a la gresca con el Servicio Cántabro de Salud.

La **Región de Murcia** encabeza la zona templada de las listas de espera. El número de murcianos a la espera de someterse al bisturí es de 22.353 con un período medio de 79 días. Los servicios que más flaquean son cirugía cardiaca, cirugía maxilofacial y cirugía general y digestivo. Las políticas aplicadas han resultado un tanto decepcionantes al no publicar datos globales de las esperas, sino que se fragmentan los tiempos con la pretensión de encubrir la gravedad. La cuestión es que se están dando casos en los que no se están concertando citas en favor de derivar a la privada. El dilema esencial de esta comunidad es el déficit de personal, los expertos estiman que alrededor de 450 médicos. Actualmente, la situación de la Atención Primaria es insostenible, por lo que resulta primordial reforzarla con unos 150 médicos de familia y 100 pediatras. A la postre en el Servicio Murciano de Salud debería urgir la necesidad de fidelizar y cuidar a los residentes de último año ofreciéndoles contratos atractivos y firmes con el fin de evitar que emigren a otras comunidades, hechos como que el Santa Lucía haya tenido que suspender intervenciones programadas por la insuficiencia de anestelistas o derivar las operaciones de vascular a otros centros por la falta de cirujanos no deberían producirse.

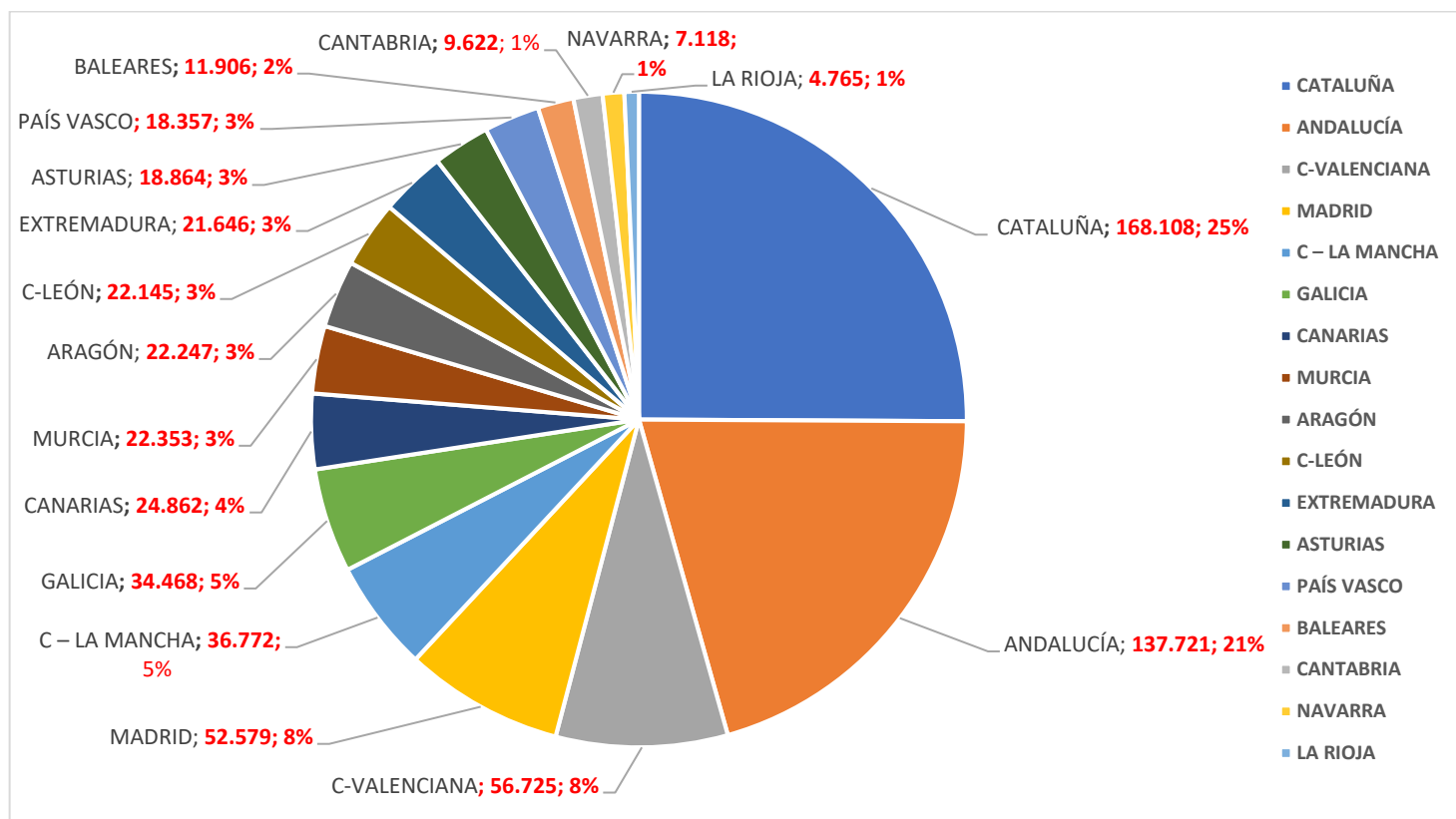
Castilla y León transita como la murciana en cuanto a número de pacientes, concretamente 22.145. Aparte, el promedio de días para cirugía se sitúa en 67. Traumatología, urología y cirugía plástica son las especialidades que despuntan con creces. El curso ha estado marcado por el conflicto generado a raíz del desfase de 9.000 pacientes más en la lista de espera estructural sin ser reconocidos, lo cual ha puesto en tela de juicio los sistemas de registro. Las explicaciones del SACYL se han basado en que los datos no son falsos sino “incompletos”. No obstante, el ‘Plan Estratégico de Reducción de Listas de Espera (Percycles)’ ha cosechado buenos resultados y se mantendrá con mejoras pese a que dejó de estar vigente a finales de 2019. Así nos lo comunicó la consejera de Salud, Verónica Casado, en la reunión que mantuvimos en noviembre pasado. Además, con ella abordamos otros temas como el problema de recursos humanos en Atención Primaria y hospitalaria, así como, centrándonos en la sanidad rural, la dificultad de algunos municipios para ofrecer una asistencia de calidad por la falta de especialistas y enfermeros en los consultorios rurales. Al respecto, la afable consejera nos trasladó que, partiendo del problema importante de financiación que adolece el SACYL, su objetivo principal son las personas y que su mandato se centrará en potenciar la Atención Primaria mediante unidades de diagnóstico rápido para que sea resolutive y descongestione las Urgencias. Igualmente, en cuanto al ‘Plan Marco del nuevo Atención Sanitaria’ en el ámbito rural, aunque puede ser un tanto complejo de comprender, resulta bastante interesante pues se pretende impulsar consultas de alta resolución para evitar que las personas que, por ejemplo, viven a 50 km no hagan cinco viajes a la semana. Homogeneizar los hospitales para que todos dispongan de los mismos servicios y, por consiguiente, los pacientes iguales prestaciones es otro de sus retos.

Continuando con el análisis podemos observar que **Galicia** ha salido de la cola de las listas de espera cuando los últimos años siempre la encontrábamos posicionada entre las peores. No obstante, al igual que nos pasa con la comunidad madrileña, somos bastante incrédulos ante la cifra de 56 jornadas para intervención. A esto hay que sumar que son 34.468 gallegos los que aguardan. Las ramas médicas que salen maltrechas son traumatología, cirugía plástica y cirugía maxilofacial. Por las reclamaciones que hemos recibido, constatamos que, al igual que sucede con Madrid, se ha llamado a pacientes que estaban en demora quirúrgica para informarles de que las agendas estaban cerradas y que cuando volvieran a estar abiertas ya se les avisaría, claro está desapareciendo de las mismas mientras tanto, ése es el truco. Otra opción es que acepten ir a una clínica particular, es decir, la finalidad del Sergas no es otra que la de terminar privatizando la sanidad pública. De otro modo no se explican algunas denuncias de situaciones que ni por asomo rozan los 56 días de medica para pasar por quirófano tales como cirugías de rodilla para 2021. O también citas de más de un año y medio para oftalmología en el área de Santiago y casos de más de tres meses con cáncer de próstata sin iniciar tratamiento que hemos denunciado en la Fiscalía. Asimismo, las costuras de la sanidad pública gallega saltan por el agotamiento de la Atención Primaria, cuyos médicos, hartos de superar los 40 pacientes por jornada, se han movilizado mediante protestas y conatos de huelga al no palpar las supuestas mejoras prometidas por el Sergas. El detonante de la falta de médicos de familia y pediatras, fruto de la sobrecarga asistencial, no es otro que la endeblez presupuestaria. Otros descosidos que deslucen su indumentaria son encontrarse a la cola de España en número de camas hospitalarias por habitante (la tercera ratio más baja), citas en Cambre con el médico de familia a 12 días vista y esperas insufribles de 4 horas para recibir tratamiento oncológico en el Hospital Provincial de Pontevedra.

Por otra parte, las demoras en **Baleares** y **Asturias** también son un tanto excesivas si nos fijamos en que la media para operación se ubica en 73 y 71 días respectivamente. En lo relacionado con el número de personas, en la comunidad asturiana figuran alrededor de 18.864, mientras que en la balear son un total de 11.906. En Baleares los servicios más agarrotados son traumatología, cirugía plástica y neurocirugía, sin embargo, en Asturias son oftalmología, traumatología y cirugía digestiva. En lo que concierne a las carencias, tanto la comunidad balear como la asturiana no deben cejar su empeño en mejorar la asistencia de la Atención Primaria comenzando por fortalecer las plantillas de facultativos, dado que son de las regiones donde los pacientes tienen que esperar más para ser visitados por el médico de cabecera. Por ejemplo, en este momento, el Ib-Salut precisa de unas 2.000 enfermeras para dar cobertura a la red hospitalaria y otras 400 de apoyo para la Atención Primaria. Desde otro ángulo, abogamos por el empleo del castellano en los historiales de los habitantes del archipiélago porque si enferman encontrándose en la península será un serio problema para entenderlo y atenderlos en condiciones. En otro orden de cosas, lo más destacado del Principado es que no ha cumplido su propio decreto sobre tiempos máximos de espera sanitaria puesto que el número de pacientes que permanecen más de seis meses para operarse ha ido aumentando paulatinamente. Como medida de solución el Sespa ya ha anunciado que recurrirá a las famosas “peonadas”, pero a nuestro entender son perversas como concepto pues la experiencia nos ha demostrado que por la mañana se deja de hacer lo que luego se hace por la tarde.

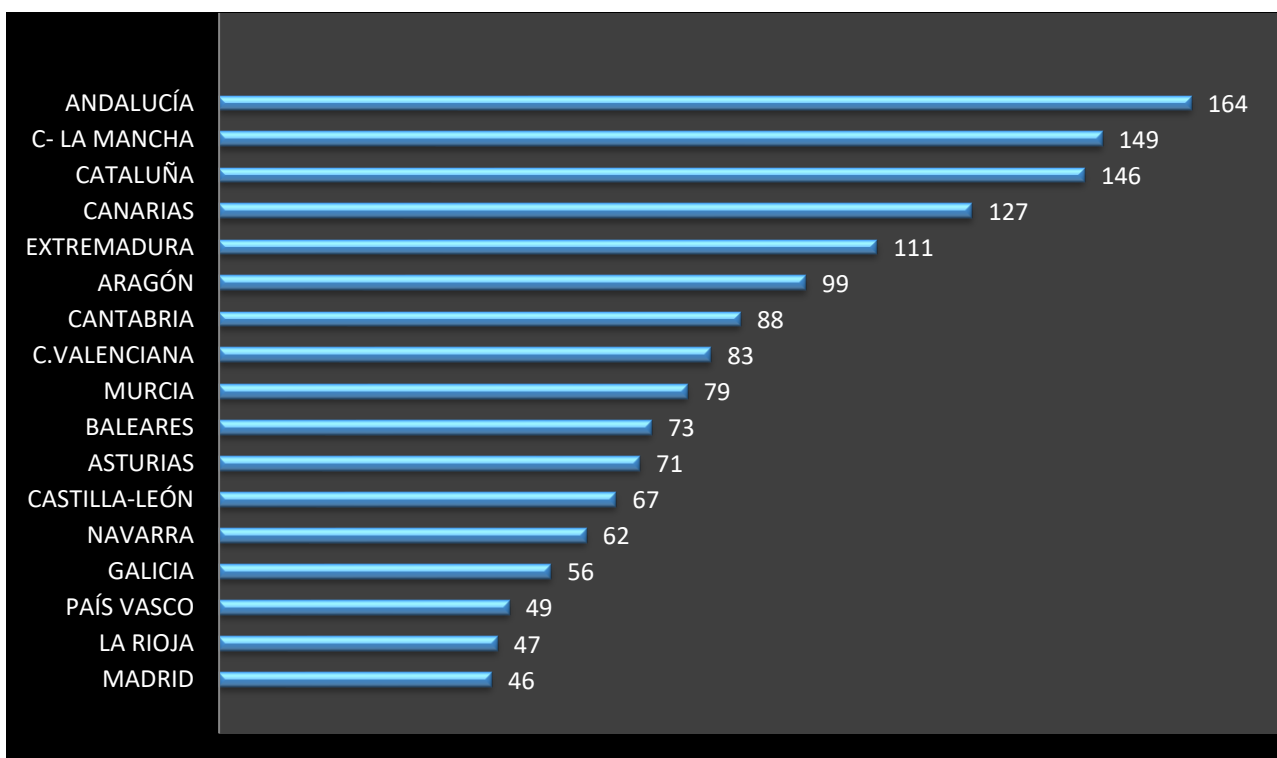
Para concluir, debemos puntualizar que únicamente pasan el corte la gestión de **Navarra, País Vasco** y **La Rioja**, ya que, en las tres, el intervalo para cirugía oscila entre 47 y 62 días. Al respecto, 18.357 vascos, 7.118 navarros y 4.765 riojanos se encuentran en espera quirúrgica.

671.494 PACIENTES en LISTA de ESPERA QUIRÚRGICA – 2019



COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº de PACIENTES en LISTA ESPERA
CATALUÑA	168.108
ANDALUCÍA	137.721
C.VALENCIANA	56.725
MADRID	52.579
C – LA MANCHA	36.772
GALICIA	34.468
CANARIAS	24.862
MURCIA	22.353
ARAGÓN	22.247
CASTILLA y LEÓN	22.145
EXTREMADURA	21.646
ASTURIAS	18.864
PAÍS VASCO	18.357
BALEARES	11.906
CANTABRIA	9.622
NAVARRA	7.118
LA RIOJA	4.765

115 días de DEMORA media para INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA – 2019



COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEMORA MEDIA en días para INTERVENCIÓN
ANDALUCÍA	164
C-LA MANCHA	149
CATALUÑA	146
CANARIAS	127
EXTREMADURA	111
ARAGÓN	99
CANTABRIA	88
C.VALENCIANA	83
MURCIA	79
BALEARES	73
ASTURIAS	71
CASTILLA y LEÓN	67
NAVARRA	62
GALICIA	56
PAÍS VASCO	49
LA RIOJA	47
MADRID	46

**ESTADÍSTICAS por COMUNIDADES más denunciadas: HOSPITALES,
ESPECIALIDADES y SERVICIOS.**

1. MADRID  (3.104 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

2. ANDALUCÍA  (2.593 Casos).

- Sevilla 863
- Málaga 750
- Córdoba 288
- Cádiz 257
- Granada 154
- Almería 131
- Jaén 79
- Huelva 71

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

3. CATALUÑA (1.966 Casos).

- Barcelona 1606
- Tarragona 216
- Girona 92
- Lleida 52

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

4. COMUNIDAD VALENCIANA (1.152 Casos).

- Valencia 638
- Alicante 459
- Castellón 55

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari i Politècnic La Fe
- 2º Hospital General Universitario de Alicante
- 3º Hospital General Universitario de Valencia
- 4º Hospital de Manises
- 5º Hospital General Universitario de Elche

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

5. CASTILLA y LEÓN  **(668 Casos).**

- Valladolid	181
- León	170
- Burgos	105
- Salamanca	73
- Ávila	42
- Segovia	36
- Palencia	27
- Zamora	20
- Soria	14

- 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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

6. GALICIA  **(640 Casos).**

- A Coruña	281
- Pontevedra	259
- Ourense	64
- Lugo	36

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

7. CASTILLA-LA MANCHA  (630 Casos).

- Toledo 238
- Ciudad Real 149
- Albacete 107
- Guadalajara 103
- Cuenca 33

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

8. MURCIA  (512 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 Los Arcos del Mar Menor

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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



9. PAÍS VASCO (435 Casos).

- Vizcaya 296
- Guipúzcoa 101
- Álava 38

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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



10. CANARIAS (307 Casos).

- Sta. Cruz de Tenerife 174
- Las Palmas de G.C. 133

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

11. ARAGÓN  **(305 Casos).**

- Zaragoza 237
- Huesca 49
- Teruel 19

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Miguel Servet
- 2º Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
- 3º Hospital General San Jorge
- 4º Hospital Royo Villanova
- 5º Hospital Ernest Lluch Martín

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

12. EXTREMADURA  **(295 Casos).**

- Badajoz 183
- Cáceres 112

- 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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

13. ASTURIAS  **(238 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

14. BALEARES  **(224 Casos).**

- Palma de Mallorca 154
- Ibiza 61
- Menorca 6
- Formentera 3

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

15. CANTABRIA  **(203 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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



16. NAVARRA (109 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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



17. LA RIOJA (66 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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



18. CEUTA y MELILLA (7 Casos).

- Ceuta 4
- Melilla 3

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

- **757 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médico-sanitaria** hemos recibido durante 2019 en ‘El Defensor del Paciente’, lo que equivale a **53 pacientes menos que en 2018**. 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.
- **343 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 es ligeramente superior, con respecto al pasado año, aunque con la crisis que llevamos arrastrando las personas se han sometido en menor medida a este tipo de intervenciones.
- **148 bebés** nacieron con alguna discapacidad, lo que supone diez casos menos respecto al año anterior, relacionados con 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 bebés fallecen a las pocas horas de nacer por ser incompatibles con la vida.
- **35 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.
- **29 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.
- **106 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 21 casos más contabilizados comparándolo con 2018.
- **88 casos de afectadas por depilación láser**. Este es un dato muy a tener en cuenta, pues es una técnica que durante los últimos años ha incrementado su práctica dentro de las cadenas de estética. Algunas de ellas, utilizan láseres que no son de buena calidad, además de que el personal que realiza estos tratamientos, en muchos casos no son médicos, y por lo tanto, no están cualificados a tal efecto. Mientras que la Administración Sanitaria no realice controles estrictos y conceptúe una normativa de obligado cumplimiento que legisle su uso, única y exclusivamente por personal médico, nos seguiremos encontrando con personas que sufren quemaduras importantes.
- **27 casos de contagiados por hepatitis C (VHC)**. El guarismo es prácticamente idéntico al del año anterior, con cuatro casos menos. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.
- **77 casos de personas que fueron dadas de alta sin estar en condiciones óptimas de poder ir a trabajar**. La falta de coordinación entre el sistema contractual y el sistema protector en la Seguridad Social está generando un grave desajuste en nuestro sistema, con terribles consecuencias para el trabajador.

SERVICIOS MÁS DENUNCIADOS en 2019

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)

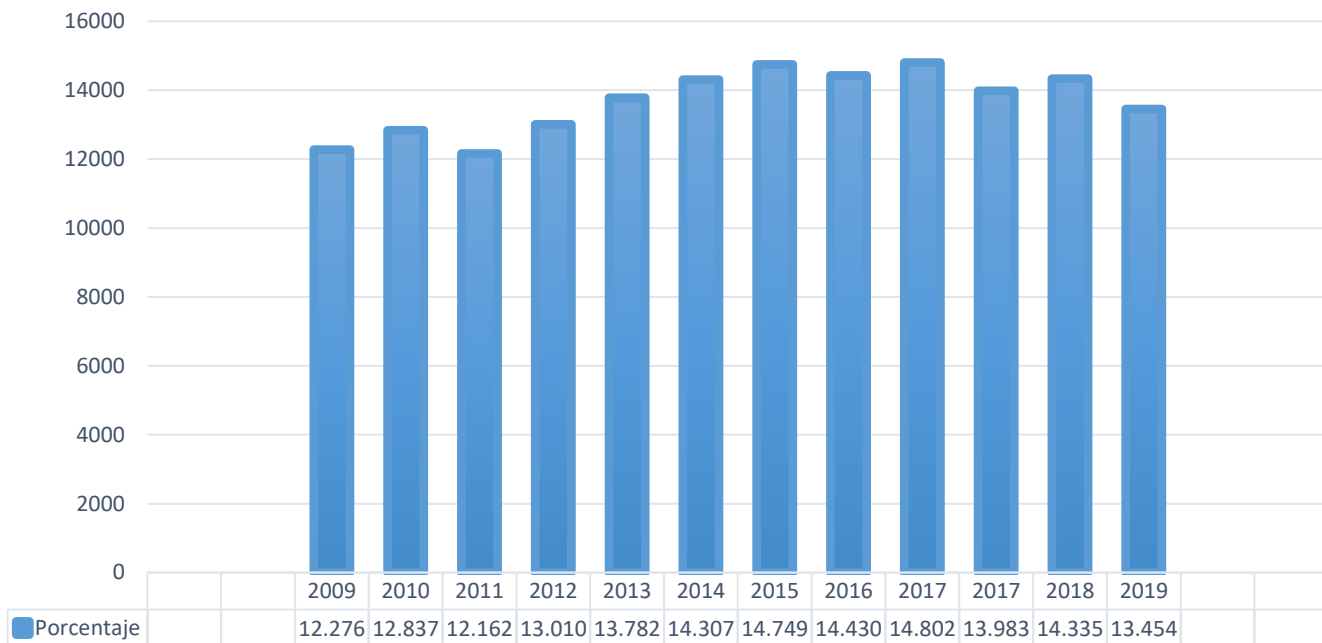
8º - Anestesia y reanimación

9º - Oncología

10º - Urología

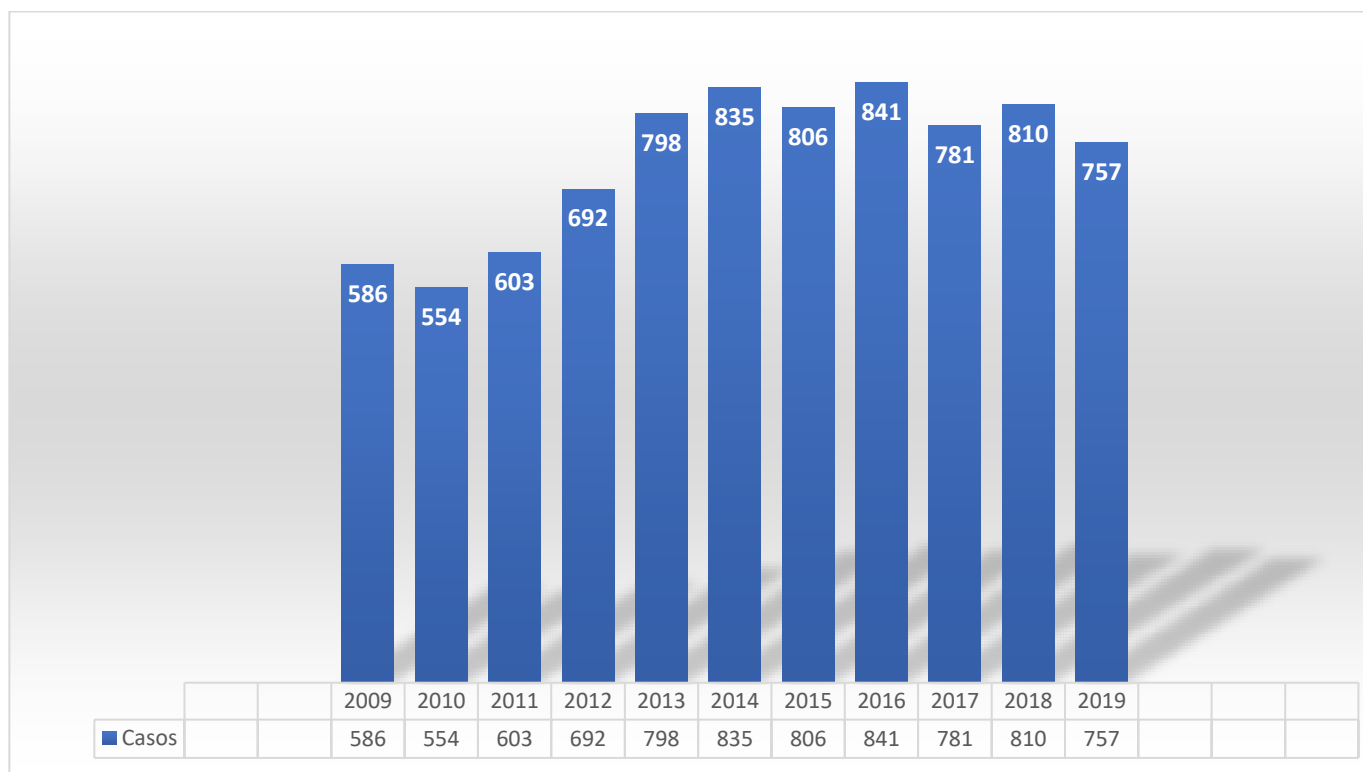
ESTADÍSTICAS de casos recibidos en El DEFENSOR del PACIENTE por negligencia médica en el período comprendido entre 2009 y 2019.

Negligencias Médicas por año



AÑOS	NEGLIGENCIAS
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
2018	14.335
2019	13.454

Fallecimientos por Negligencias Médicas.



AÑOS	FALLECIMIENTOS
2009	586
2010	554
2011	603
2012	692
2013	798
2014	835
2015	806
2016	841
2017	781
2018	810
2019	757

ÍNDICE

MEMORIA 2019	1
OPINIÓN	2
URGENCIAS	4
Servicios de URGENCIAS y EMERGENCIAS	6
TALIDOMIDA	8
DEPAKINE	9
LISTAS de ESPERA	10
ESTADÍSTICA 2019 por COMUNIDADES	20
Nº de FALLECIDOS, DISCAPACITADOS, etc	28
SERVICIOS más denunciados	29
ESTADÍSTICAS NEGLIGENCIAS 2009 / 19	30
ESTADÍSTICAS FALLECIMIENTOS 2009 / 19	31
ÍNDICE	32