



Asociación El Defensor del Paciente

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

Tf -Fax: 91 465 33 22

www.negligenciasmedicas.com

defensorpaciente@telefonica.net

MEMORIA 2010

En lo que se refiere a la práctica médica, sanitariamente hablando, recordaremos 2010 por el archiconocido 'caso Meño' y la muerte del cantaor Enrique Morente, hechos artífices, para que de nuevo en España, se haya reabierto el debate sobre las negligencias médicas.

Escribir sobre los pormenores de la sanidad española cada vez nos resulta más duro, y nuestro diccionario de adjetivos, sobre el marchamo de carencias y deterioro que ésta padece, se nos agota poco a poco, año tras año.

Haciendo balance los datos hablan por sí solos. En 2010 hemos recibido un total de **12.162 casos** (675 casos menos que en 2009), de los cuales **554 han sido con resultado de muerte** (32 casos menos que en 2009). Pero por el momento hay que considerarlos como presuntos hasta que los Tribunales se pronuncien. Es evidente y nos congratulamos, de que exista un descenso considerable con respecto al año pasado, pero **en la última década las reclamaciones y demandas por mala praxis se han triplicado**. Si observamos el panorama sanitario, de la mayoría de las comunidades, revelaremos el por qué: listas de espera bochornosas, manipuladas y sin datos reales; servicios de Urgencias colapsados; Atención Primaria degradada y bajo presión; preocupante déficit de especialistas; infecciones hospitalarias que por falta de asepsia se cobran la vida de los pacientes; negligencias médico-sanitarias; etc.

Los criterios en los que nos basamos para realizar el cómputo son las vías que utiliza el paciente para exponernos su caso: vía e-mail a través de nuestra web www.negligenciasmedicas.com (con más de 85.000 visitas en 2010), vía telefónica y vía correo ordinario.

Debemos de advertir, que como Asociación para la Defensa del Paciente lo que recibimos son quejas, reclamaciones, deficiencias y negligencias, por lo tanto la visión que plasmamos a continuación es en base a ello. Alguna Consejería de Sanidad o Colectivo Médico-Sanitario nos tachará de alarmistas, pero nos debemos a la opinión del paciente y por supuesto al profesional sanitario que entiende nuestra labor, pues afortunadamente con el paso de los años cada vez son más. Abogamos por un médico y trabajador sanitario con unas condiciones laborales y salariales dignas, descansado y que disponga del tiempo necesario para poder atender correctamente al paciente.

INTRODUCCIÓN

De entrada, destaquemos, de forma somera, algunos casos ocurridos en 2010. *‘Entre 10 y 15 infectados de hepatitis C en un centro de diálisis tarraconense’*. *‘El Defensor del Paciente pide a la Fiscalía de Cuenca que investigue la muerte de una niña de 9 años tras ser operada de amigdalitis’*. *‘Extraen a un zaragozano un trozo de sierra olvidado en el muñón’*. *‘Un perturbado se hace pasar por médico y el 061 lo admite en sus UVI’*. *‘Denuncia al Hospital Puerta del Mar por diagnosticar mal de gripe a una niña a la que hubo que amputar las piernas’*. *‘Mueren una madre y un bebé en el Virgen de la Macarena tras el retraso de la cesárea’*. *‘El Defensor Andaluz destapa tratos de favor con un antitumoral’*. *‘Una mujer ingresa en el Hospital de Jerez con una torcedura de tobillo y fallece por trombosis’*. *‘Paciente gallego queda en silla de ruedas tras 865 días en lista de espera’*. *‘Muere la hija del Presidente de El Liceo tras dar a luz en el Hospital do Salnés’*. *‘Condenan al SERMAS a pagar 200.000 euros por no operar a un niño de epilepsia’*. *‘Denuncian en la Fiscalía de Málaga el caso de una enferma de obesidad mórbida que lleva 5 años en lista de espera’*. *‘La Fiscalía de Cantabria abre diligencias en el caso de un paciente que ha quedado minusválido tras 400 días en lista de espera’*. *‘Tres detenidos en Cortes y Ronda por ejercer como odontólogos sin título’*. *‘Fallece una chica de 25 años, tras dar a luz en el Hospital de La Línea de la Concepción’*. *‘El Miguel Servet a la Fiscalía por demoras ante un cáncer’*. *‘Un año de cárcel para un ginecólogo valenciano por la muerte de un bebé en el parto’*. *‘Una pareja granadina pierde en dos años a dos bebés por una meningitis que no diagnosticaron’*. *‘Piden a los pacientes no graves de urgencias del Hospital de Traumatología de Granada que se marchen por la saturación’*. *‘La Fiscalía de Lleida denuncia a un ginecólogo por no tener título’*. *‘El SERGAS cita para 2013 a una mujer con un volante preferente para atender un grave problema renal’*. *‘Operan a una menor de la rodilla sana en el Hospital de Alcorcón y el médico culpa del error a su madre’*. *‘Paciente denuncia al Hospital de Albacete por ingresar con fiebre y salir sin pies ni manos’*. *‘Un paciente va al Puerta de Hierro con cáncer y sólo le detectan gases’*. *‘La falta de coordinación del Sistema Nacional de Salud se cobra 1.300 víctimas al año por infarto’*. *‘Las imágenes del personal fumando en un hospital revolucionan las redes sociales’*. *‘Veinte horas en un sillón de urgencias del Virgen del Rocío’*. *‘Denuncian que tres mayores llevan dos días en urgencias del Reina Sofía de Córdoba, sin tener cama’*. *‘Admiten una querrela contra sanitarios de la Arrixaca por manipular la historia clínica de un bebé’*. *‘Muere en el Arquitecto Marcide de Ferrol, una recién nacida a la que por error suministraron un fármaco para su madre’*. *‘Prisión para un ginecólogo de Barcelona por su peligrosidad’*. *‘Muere una embarazada en el Río Hortega tras la práctica de una cesárea programada’*. *‘Un enfermo que toma 29 pastillas diarias debe esperar ocho meses para ser intervenido de próstata en el Hospital de Sant Joan’*.

Estas son algunas ‘perlas’ ocurridas este año dentro del deslavazado sistema sanitario español. ¿Es para preocuparse o para tacharnos de alarmistas? Poniéndonos la venda antes de la herida, seguro que un alto porcentaje de la clase médica proferirá que estos son hechos puntuales, que hay estudios que hablan de que por cada diez millones de actos médicos se produce una denuncia. Pero siendo ecuanímes, ni nuestra sanidad es una catástrofe, ni tampoco una nebulosa de maravillas como nos quieren hacer ver nuestros mandatarios sanitarios. En realidad, existen muchos errores, por pasividad, por rutina..., ciertamente no lo sabemos, pero hay que poner freno. Juzguen Vds.

Punto de Vista del ESTADO del SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL (SNS)

Pasan los años y el **corporativismo médico** sigue implantado en nuestro sistema sanitario por norma general. Para dar fe, este año lo hemos seguido comprobando si analizamos lo ocurrido en el caso del cantautor Enrique Morente, cuando su familia, a través de los medios de comunicación, informó de haber denunciado al equipo médico al entender que la muerte se debió a una presunta negligencia médica. Faltó tiempo, al día siguiente, para que los dirigentes de la Clínica La Luz de Madrid, hicieran una rueda de prensa, negando las acusaciones vertidas por parte de la familia del artista. En nuestra opinión, en un asunto de esta índole, es muy precipitado y corporativista adelantar que el tratamiento al paciente fue el correcto en un impasse de tan sólo 24 horas. Cualquier profesional de la sanidad (forenses incluidos) saben, perfectamente, que lo que le ocurrió a Enrique Morente, pudo ser debido a una hemorragia no tratada adecuadamente, lo que provoca un descenso del caudal sanguíneo asociado a síntomas como la hipotensión, sudoración, somnolencia, frialdad, palidez, rectorragias, etc., propias de un shock hipovolémico. Al mantenerse la hipotensión por pérdida del caudal sanguíneo resulta imposible que la sangre (portadora del oxígeno mediante el hematocrito y la hemoglobina) llegue a los órganos vitales como el cerebro y, en consecuencia, el oxígeno tampoco llega, ocasionando daños irreversibles que llevan al fallecimiento. Además, existen otras causas que pueden ocasionar el daño cerebral como una intubación incorrecta o una parada no tratada a tiempo. Quizás luego estemos equivocados, pero en tan corto espacio de tiempo no se puede afirmar si hubo o no negligencia.

Por estos motivos, pensamos que fue muy precipitado y corporativista adelantarse a sostener que el tratamiento fue el correcto en este caso, más todavía cuando no hubo tiempo material para haber revisado la historia clínica. En definitiva, sirva la trágica desaparición de Enrique Morente, para afirmar que en nuestro país, con el paso del tiempo los avances científicos se suceden, pero **el corporativismo médico sigue instaurado** de forma canónica, entre otras razones porque la información, al paciente y a su familia, brilla por su ausencia. No en vano, más de la mitad de las denuncias y reclamaciones se deben a la falta de información previa a la rúbrica del consentimiento informado.

Los derechos de los pacientes se siguen vulnerando y muchos de ellos, continúan siendo grandes desconocidos (el consentimiento informado, la segunda opinión médica, el reintegro de gastos en casos de urgencia vital, etc.). No se fomenta su conocimiento porque no hay suficiente interés por parte del Ministerio de Sanidad y las Consejerías, ni del legislador. Todo ello, ligado al corporativismo médico del que antes hablábamos, provoca en el paciente una especie de temor reverencial, difícil de superar, para decidirse a reclamar, con el agravante de que su desconocimiento, en multitud de ocasiones se traduce en situaciones de abuso y ocultación de datos. Si seguimos sumando, **la atención médica adolece de una falta alarmante de sostén institucional y la saturación está consumiendo al profesional sanitario.**

Obviamente, no creemos que el médico actúe a propósito para hacer mal su trabajo, faltaría más, pero dentro de la medicina hay muchísima gente que no tiene carácter ni las facultades para ejercerla, no se distinguen por su eficacia o son indolentes. Cuando los afectados, llaman a El Defensor del Paciente están muy

enfadados por la actitud soberbia y despectiva con la que han sido tratados. Demandan una atención más humanizada. Por lo tanto, **falla el trato al paciente**. Es una versión subjetiva, cierto, pero en la que coinciden el 99% de los casos. Aunque estamos convencidos de que muchos no denunciarían si hubieran recibido una palabra amable o una buena explicación.

En esta misma línea, recientemente, la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha alzado la voz, denunciando las tremendas deficiencias de los hospitales españoles a la hora de proporcionar y salvaguardar la historia clínica del paciente, ahondando con un dato inquietante: de 600 centros sanitarios registrados en el Catálogo Nacional de Hospitales, 200 de ellos, incumplen alguna de las previsiones de la Ley de Protección de Datos (LOPD). Por cierto, para quien nos conozca desde nuestra existencia, una reivindicación con denominación de origen propio, porque no hay día que no recibamos una consulta, a modo de queja, en la que un paciente nos denuncie que no le entregan su historia clínica. **Basándonos en el artículo 15, de la Ley de Autonomía del Paciente, no facilitar los informes médicos a los pacientes es una auténtica mofa, producto de la medicina defensiva que se practica en España**. Es ridículo que el paciente se tenga que gastar el dinero y solicitar su historia clínica por burofax o tener que recurrir a la AEPD como última opción para conseguir lo que en derecho le asiste.

Poniendo el dedo en la llaga, en la actualidad, el Ministerio de Sanidad, incapaz de legislar y tomar decisiones importantes, se ha convertido en un **trampolín político** para ministros sin preparación que por él se van sucediendo (Elena Salgado, Bernat Soria, Trinidad Jiménez y ahora Leire Pajín). ¿Cuántos de estos Ministros han sido médicos? A nuestro Gobierno no le interesa la Sanidad. Poco o nada se entiende el nuevo cambio de cartera con temas tan candentes sobre la mesa como los **recortes presupuestarios** o las privatizaciones que están convirtiendo el ámbito sanitario en un negocio en manos de las Comunidades Autónomas, las cuales, sin excepción, en 2010 no han dudado y se han puesto de acuerdo en reducir los presupuestos para Sanidad. Sin embargo, en contrasentido quién se responsabiliza de los 11 millones de vacunas sobrantes para mitigar esa falacia llamada gripe A, que hizo estragos el pasado año en forma de psicosis farmacéutica y de la que a estas alturas casi nadie sabe nada de su existencia. ¿Dónde, cómo y cuándo se cremará todo el dinero invertido?

En la actualidad, el déficit atesorado, de gasto sanitario, ronda la no desdeñable suma de **15.000 millones de euros**, por lo que como decimos, las Consejerías de Salud, de forma imperante, han tenido que abrocharse el cinturón secundando una política de recortes. Algunas medidas como imponer el uso de genéricos han sido acertadas, en cambio, otras disposiciones como congelar los salarios del personal sanitario son prueba inequívoca de que la gestión del Gobierno debe cambiar, puesto que para disponer de un sistema sanitario verosímil, no siempre se ha de cimentar a costa de los profesionales.

En nuestra ‘Memoria 2009’ ya pusimos **en tela de juicio la creación del ‘Pacto por la Sanidad’**. El tiempo nos está dando la razón. Ha sido un verdadero fracaso, pues sigue estancado, como otras tantas propuestas y elucubraciones de nuestros mandatarios sanitarios en su carrera y esfuerzo por la supervivencia del Sistema Sanitario Público Español. Nos parece una soberana pantomima, máxime cuando percibimos un crecimiento de desconfianza generalizada en buena parte de los usuarios, que por ende, no son el epicentro del sistema, no participan en los órganos de gobierno, las

administraciones sanitarias no facilitan información sobre su actividad asistencial, la asistencia sanitaria no se planifica conforme a sus agendas y necesidades, etc. Es inaudito que Consejerías y Ministerio de Sanidad, que tanto se llenan la boca con términos como **‘sostenibilidad’, ‘equidad’, ‘mayor eficiencia’, ‘excelencia clínica’, ‘legitimidad’ o ‘igualdad’**, se guisen todo tipo de leyes y decisiones, mientras el paciente no cuenta con voz ni voto. Haciendo valer nuestro nombre, ‘El Defensor del Paciente’, todavía estamos esperando a que el Ministerio de Sanidad y la mayoría de las Consejerías de Salud, a los que suponemos tener aburridos a base de peticiones y reclamaciones, nos llamen para escuchar la opinión del paciente en este apartado.

Tal vez esta política de recortes presupuestarios sea la antesala de la privatización, si nos atenemos a la indiferencia del Gobierno por modificar la Ley 15/97, que navega en pro del sector privado con ánimo de lucro, mientras se desmantelan los centros públicos y se cierran camas. Pero recapacitando, no nos creemos que nuestros mandatarios sanitarios desarrollen paulatinamente, año tras año, **políticas de gestión financiera tan nefastas**, por lo que es probable que exista un doble fondo en todo este meollo, para que **de forma interesada se favorezca el auge de la privada**.

Bajo esta perspectiva, diferentes sectores y asociaciones se han movilizado a lo largo del año en contra de la privatización y el **copago sanitario**, que un año más, ha desempeñado un papel protagonista dentro del escenario sanitario, como medida para frenar el déficit creciente que afronta el país. Vaya por delante, nuestro más **absoluto rechazo** por una opción injusta, que de entrar en vigor, perjudicaría a los más desfavorecidos (enfermos crónicos, jubilados y pensionistas). Por cierto, una postura que también podríamos calificar como frívola, ya que hace un tiempo el Parlamento no la aprobó. Sin embargo, si se rechazó en su día, no hallamos el por qué del continuo debate entre nuestros políticos, cuando no está probado que el copago contenga el gasto global sanitario, todo lo contrario, a la larga **sería contraproducente para las rentas de las clases sociales más bajas**.

Con todos estos interrogantes, habría que buscar otro tipo de fórmulas para no retraer la necesidad de la población de cara a recibir cuidado médico sin incidir en el deterioro, que de por sí domina en la sanidad pública. A nuestro juicio, existen otro tipo de soluciones que pasan por conceder un **papel determinante a la Atención Primaria dentro del SNS**. Así, si se refuerza el control presupuestario de la Atención Primaria y de la consulta de especialidades hospitalarias, dejándolo en manos del médico de familia, se podría optimizar la gestión de la atención sanitaria.

Y como una colisión en cadena, no menos importante es la **drástica falta de médicos a la que se encaminan las CCAA**, fruto del devaneo en la gestión del SNS y que desde más o menos una década, está originando el trasiego de facultativos españoles a países europeos con mejores ofertas (Reino Unido, Suecia, etc.). La circunstancia arroja ya la no despreciable cifra, aproximadamente, de **8.000 profesionales**, que de poder contar con ellos, darían un respiro al sistema sanitario en todos sus niveles. Si a esto añadimos la **mala reasignación**, la situación se encrudece, por lo que el Ministerio de Sanidad podría solventar la cuestión creando un **registro único que compute todos los especialistas que ejercen en España**, con el añadido de una normativa que les obligue a estar colegiados. Si seguimos sumando y nos vamos hacia el lado académico, prácticamente el 50 % de los MIR de este año son extranjeros, lo que significa que las

plazas están desajustadas a las necesidades reales. Si además, ahora se revela que Sanidad colaboró en una presunta red de estafadores que fomentó la entrada en nuestro país de médicos dominicanos ilegales, para darles una plaza MIR, tal y como está investigando un Juzgado de Murcia, es el acabose. Sólo queda puntualizar la tremenda **carestía de pediatras** que soportamos, y que como solución errónea se otorgue sus funciones a los médicos de familia. Ya es hora de actuar con coherencia en la Medicina. Hay que reformar la formación pre y postgrado y fortalecer la formación continuada.

Como desenlace, hemos de reseñar que **no damos pábulo a la nueva Ley del Tabaco** que el Ministerio de Sanidad se ha sacado de la chistera y que prohíbe fumar, sembrando el desconcierto y la animadversión entre fumadores, no fumadores, bares, locales, etc. De nuevo es una Ley poco ortodoxa, que se queda a medio camino, pues **debería prohibir la venta del tabaco de forma total, o en caso contrario, dejar total libertad para su venta** y poder fumar, con el compromiso del Gobierno de hacer un tabaco más limpio reduciendo los componentes adictivos que contiene. Es más, la Ley debería llevar implícita un seguro de responsabilidad civil, suscrito por el Estado y los fabricantes para cubrir las muertes y las enfermedades originadas, porque se mantiene como un producto legal pese a ello.

Sin ir más lejos, nuestra Asociación, en Mayo de 2010, presentó en los Juzgados una denuncia contra el Ministerio de Sanidad por las imágenes de advertencia que aparecen en las cajetillas de tabaco, ya que si las fotografías que se muestran son reales, entendemos que existe un presunto delito de la Administración Sanitaria contra la salud pública de los ciudadanos. Por consiguiente, **el Ministerio de Sanidad presuntamente está cometiendo una infracción grave, puesto que es consciente de que el tabaco posee elementos nocivos para la salud y en contra de ello, permite su comercialización.** El Ministerio ha de tomar medidas más concluyentes, ya que **no puede avisar de que el tabaco mata, vendérselo y cobrar por ello.** Del precio de cada cajetilla más del 70% son impuestos para el Estado. ¿Acaso está cobrando por enfermar y matar a la gente? El Ministerio de Sanidad que es el garante de nuestra salud reconoce que hay 50.000 muertes al año por el tabaco, por lo tanto es responsable de dos cosas: o de decirle a los fabricantes que tienen que quitar todos los aditivos cancerígenos que contiene, o bien prohibirlo.

Con este nuevo plebiscito, no tenemos la menor duda, que en pocos años, el siguiente paso del Ministerio de Sanidad será sesgar el derecho a la Seguridad Social para aquellos pacientes que acudan a ella para tratarse de patologías originadas por el consumo del tabaco. Tiempo al tiempo.

ASPECTOS GENERALES

1. LISTAS de ESPERA: Manipulación permisiva del Ministerio.

A nadie se le escapa que **las Listas de Espera son el caballo de batalla de todo sistema sanitario** y las cifras se empeñan en corroborarlo. Pese a ello, prácticamente todos los Consejeros de Salud, como es habitual año tras año, saltan a la palestra con sonrisa dentífrica, colgándose medallas e informando a los ciudadanos del descenso de las mismas. Sospechosamente los números se ¡ACICALAN! Las listas de espera están politizadas y son las tarjetas de presentación de las Consejerías de Salud para hacer campaña electoral.

Que las Comunidades Autónomas edulcoran las cifras siempre ha sido un secreto a voces. El tarro de las esencias se destapó en Andalucía, durante la primavera de 2008, cuando a través de algunos facultativos del Hosp. Virgen de las Nieves de Granada, se tuvo conocimiento del fraude existente. La administración andaluza, en lugar de idear fórmulas de solución, decidió entonces “*maquillar*” las listas de espera de manera informática, ante la imposibilidad de cumplir con los plazos. La forma era fácil, bastaba darle a una tecla del ordenador para que apareciera en el listado abierto que el paciente había sido revisado, o se le había sometido a pruebas diagnósticas inexistentes. Daba igual que esto fuese falso. La Fiscalía abrió una investigación. Precisamente, en esta comunidad, llueve sobre mojado. Hace tres años, también se destaparon casos muy graves de sospecha de manipulación en el Complejo Carlos Haya, cuando se descubrió que varios pacientes estaban en situación de “suspensión temporal” sin que ellos lo supieran y sin que se les comunicase nada. El responsable del Área de Gestión del Usuario dimitió de manera obligada.

Pues bien, en Noviembre de este año, en un hospital, de Castilla y León para más señas, se produjo un **hecho escandaloso** que quizás dé respuesta y explicación a nuestras presunciones, que por consiguiente, no dan credibilidad a las cifras de días que manejan las autoridades sanitarias en torno a las Listas de Espera.

Concretamente en el **Hospital Río Hortega de Valladolid, el subdirector médico, envió una circular interna, dando instrucciones a los facultativos para evitar no prescribir intervenciones quirúrgicas de cara a cumplir con el Plan de Reducción de las Listas de Espera.** Este hecho es gravísimo, no en vano el cobro de la productividad depende del cumplimiento de los planes de gestión, o lo que es lo mismo, se insta a los facultativos a anteponer sus intereses económicos por encima de la salud de los pacientes. ¡Insólito! Por nuestra parte, pusimos el fraude en manos de la Fiscalía para apertura de investigación y depuración de responsabilidades

Al respecto, hemos de quitarnos el sombrero ante el Consejero de Salud de Castilla y León., D. Francisco Javier Álvarez Guisasola, por la decisión tomada de destituir inmediatamente al subdirector del Río Hortega. Debería tomar muestra el resto de Consejerías, porque lo mismo, presuntamente está sucediendo en la mayoría de las CCAA y se está permitiendo.

Sin entrar todavía en la media de días de demora que existe en las CCAA, sin excepción, para una intervención, **la realidad es que un paciente puede aguardar tranquilamente de 6 meses a 3 años para ser intervenido: entre cita con su médico de cabecera, derivación al especialista, práctica de pruebas diagnósticas, cita de nuevo con el especialista para valorar el diagnóstico, inclusión en la lista de espera y transcurso añadido hasta ser llamado para la cirugía.**

De ahí, muchas Comunidades Autónomas para que los números cuadren, se sacan de la manga dos listas que originan desacordes y desequilibrios en el cómputo total de pacientes: **la lista de espera estructural y la lista de espera no estructural.** La primera, engloba a todos los pacientes que en un momento dado se encuentran a la espera de pasar por el quirófano, y dicha espera es aplicable a la organización de los recursos disponibles, clasificándolos en pacientes programables y pacientes en derivación (los que aceptan la opción de ser intervenidos en un centro concertado). La

segunda, incluye a los que declinan ser derivados fuera de la pública, los que por razones clínicas no se recomienda la intervención en ese preciso momento y los que alegan motivos personales.

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

Sinceramente cuesta creer que en lugar de buscar fórmulas para solventar el problema de la lista de espera, se tenga por objetivo manipular con tal de ofrecer a la opinión pública unas cifras menores en correlación al curso anterior.

En definitiva, **una prueba urgente no ha de tener demora alguna, por lo tanto, las Listas de Espera siguen sin responder a las necesidades de los ciudadanos.** Lo cierto es que no hay criterios iguales a nivel de Comunidades al no existir una normativa de estricto cumplimiento por lo que insistimos en que algunas manosean las cifras a su antojo de forma partidista. La descoordinación entre Comunidades, por lo tanto, es manifiesta. De hecho, se desconoce la cifra exacta de pacientes que aguardan a ser llamados para operar, pues los criterios de inclusión y exclusión en la lista de espera varían en función de cada Comunidad Autónoma. Sin embargo, donde la patología se agrava es durante la espera diagnóstica y de especialidad, que es donde hay que hacer hincapié.

Intervenciones de juanetes, prótesis de cadera, artroscopia de rodilla, operaciones de cataratas, cirugía de varices, etc.; son patologías que a día de hoy, para ser practicadas, en muchas ocasiones rebasan los **180 días de espera**. Si hablamos de **obesidad mórbida o tratamientos por fecundación in Vitro**, son palabras mayores, la espera es eterna. Por lo tanto, esta por ver en 2011 si el nuevo ‘Real Decreto para Reducir Listas de Espera’ del Ministerio de Sanidad es efectivo o es otro fracaso.

Pero si **los recortes presupuestarios han significado el aumento de las Listas de Espera**, ¿cómo se entiende que el Ministerio de Sanidad diga que la media para intervención quirúrgica esté más baja que nunca? Un total de 61 días. Haciendo cábalas es difícil de creer porque en la mayoría de las comunidades se ha incrementado, por poner un ejemplo, el número de pacientes en lista de espera quirúrgica. ¡Basta ya de engaños a la ciudadanía! **Ya es hora de desenmascarar la burla que escenifican Ministerio y Consejerías en lo relativo a este apartado.**

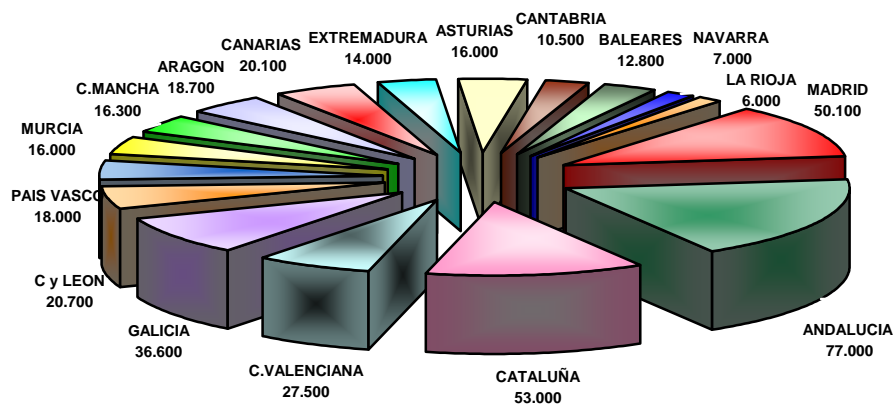
Las cifras que nosotros barajamos, en lo referente a la lista de espera quirúrgica, difieren en parte a las que esgrimen tanto las Consejerías de Salud como el Ministerio, por toda esta parafernalia explicada de “tejes y manejes”, aunque en gran parte son homogéneas entre unas comunidades y otras. Nuestros cálculos son el resultado de la información que la Administración Sanitaria facilita al respecto, contrastándolos con nuestras fuentes de información, como colectivos médicos, sumando además los casos que recibimos.

De este modo, en base a nuestras averiguaciones, calculamos que 2010 se cerró con aproximadamente **420.300 pacientes en lista de espera quirúrgica, con una demora media de 74’8 días para intervención** dentro de la red sanitaria española. Esta es la distribución:

420.300 PACIENTES en LISTA de ESPERA QUIRÚRGICA - 2010

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº de PACIENTES en LISTA ESPERA
ANDALUCÍA	77.000
CATALUÑA	53.000
MADRID	50.100
GALICIA	36.600
C. VALENCIANA	27.500
CASTILLA y LEÓN	20.700
CANARIAS	20.100
ARAGÓN	18.700
PAÍS VASCO	18.000
C – LA MANCHA	16.300
MURCIA	16.000
ASTURIAS	16.000
EXTREMADURA	14.000
BALEARES	12.800
CANTABRIA	10.500
NAVARRA	7.000
LA RIOJA	6.000

PACIENTES en LISTA de ESPERA QUIRURGICA por CCAA-2010.

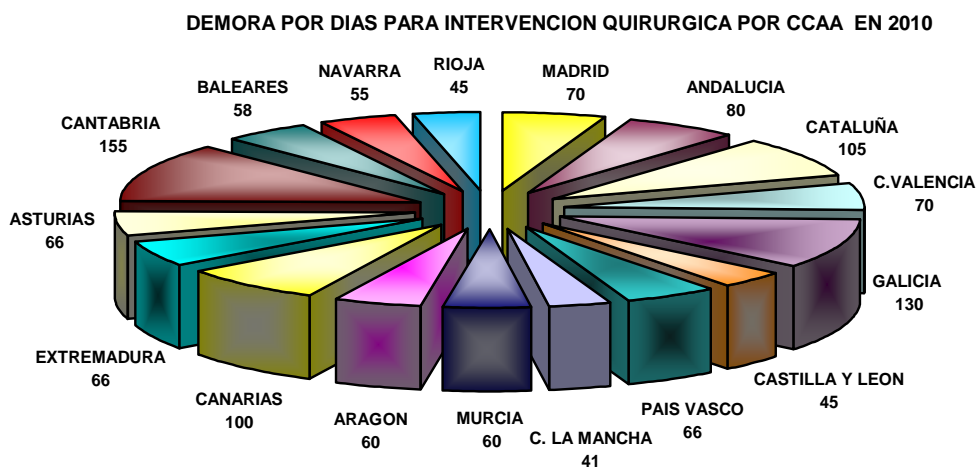


* De Ceuta y Melilla desconocemos información fiable.

Con estos intervalos, siendo todos beneficiarios de la acción protectora de la Seguridad Social, **SORPRENDE** que estos niveles de tiempo de espera sean diferentes dependiendo de la comunidad a la que se pertenezca, por lo tanto, se vulnera el principio de igualdad recogido en la Constitución.

74'8 días de media en DEMORA para INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA - 2010

COMUNIDAD AUTONOMA	DEMORA MEDIA en días para INTERVENCIÓN
CANTABRIA	155
GALICIA	130
CATALUÑA	105
CANARIAS	100
ANDALUCÍA	80
MADRID	70
C. VALENCIANA	70
PAÍS VASCO	66
EXTREMADURA	66
ASTURIAS	66
ARAGÓN	60
MURCIA	60
BALEARES	58
NAVARRA	55
CASTILLAyLEÓN	45
LA RIOJA	45
C – LA MANCHA	41



* Desconocemos datos fiables de Ceuta y Melilla.

Analizando el estado de las listas de espera, región por región, a nuestro modo de ver, **Galicia y Canarias son las peor posicionadas.**

Concretamente en **Galicia**, la falta de transparencia es categórica. Mientras exista el entramado de la lista “oficial” y la “no oficial”, no se conocerán datos ni cifras reales, por lo que ante la falta de una información clarividente, la manipulación es notoria puesto que entendemos que hay unos 14.000 pacientes que no se contabilizan en la lista de espera no estructural. El CHUAC es el hospital que peores demoras arroja de toda España. Maxilofacial, dermatología y ginecología son las patologías que más demoras acumulan. Durante 2010 se han dado casos en los que el Sergas ha dado citas de consulta preferente de urología, sorprendentemente para 2013.

Canarias va a la par con la comunidad gallega, dato repetitivo en relación a años anteriores. Cirugía general y oftalmología, son las patologías con mayores retrasos. También, se da la circunstancia que es la peor comunidad en consultas externas, con una media de más de 6 meses. Como en la mayoría, aquí el maquillaje también está presente, pues desde que un paciente acude al médico con un problema de salud, puede transcurrir tranquilamente un año hasta que se solventa.

Llama la atención que **Cantabria** sea la comunidad con peor media de lista de espera quirúrgica. En este período ha cosechado máximos históricos en la región. La media de demora quirúrgica, resulta una barbaridad, asciende a los 157 días. El Plan Integral de Reducción de Listas de espera ha sido un fiasco. Traumatología y oftalmología son las que tienen mayor número de pacientes en espera.

Capítulo aparte merece **la comunidad madrileña**, también con marca histórica a lo largo del año, de más 50.000 pacientes en lista de espera. Oscurantismo palpable en dar datos concisos y los que se ofrecen están lejos de las promesas de la Sra. Aguirre. La mentira de que ningún madrileño espera más de 30 días para ser operado va resonando año tras año. Igualmente, el informe anual de El Defensor del Pueblo, denunció demoras para operarse de más de 1 año y medio, incluso 3 años para someterse a pruebas de alergia. Las patologías con mayor demora son: cirugía cardíaca, cataratas y prótesis de rodilla y cadera.

Si puntualizamos, **Aragón** es otra de las comunidades que han alcanzado máximos históricos en 2010, siendo otra en las que se distingue un mayor incremento.

Junto a la comunidad aragonesa, **el País Vasco y la región de Murcia**, han ascendido ampliamente los guarismos. En la primera, las listas de espera han ido al alza de forma considerable con respecto al año anterior, tanto para intervenciones, como para pruebas diagnósticas y consultas externas. Las cifras se han multiplicado por tres, llegando a ser la media de espera para la quirúrgica de 66 días. El Hospital de Basurto es el que mayor lista de espera acumula. Mientras, en Murcia, como decimos la lista quirúrgica ha ido ‘in crescendo’. Incluso El Defensor del Pueblo denunció en una resolución el incumplimiento por parte del Servicio Murciano de Salud de los tiempos fijados en un decreto regional sobre tiempos máximos de espera en relación a varias quejas en este sentido. Es una de las principales quejas de los murcianos. Las peores patologías son traumatología, cirugía maxilofacial y cirugía general.

Las listas de espera en **Andalucía**, como inicialmente especificábamos, son un mar de incertidumbre por los chanchullos que acabaron en manos de la Fiscalía hace pocos años. La investigación ha continuado a lo largo del año y suena a mezquindad, que la Sra. Montero, Consejera de Salud, siga basando el discurso de la manipulación efectuada por el SAS, sobre la evaluación de pacientes para maquillar las listas de espera, en “errores administrativos”. Al igual, es un absurdo, con la que ha caído, el afirmar que el sistema de listas de espera de la sanidad pública andaluza es el más transparente de todo el SNS. Cabría efectuar una comisión de investigación ante posibles irregularidades en la gestión de las operaciones.

En relación a **Cataluña**, en la misma tónica general que el resto, las listas de espera diagnóstica y para operación han aumentado con respecto a años anteriores. La cifra de pacientes que aguardan una intervención es muy similar a la de la Comunidad de Madrid, más o menos unos 53.000. Los hospitales donde la demora es mayor son Parc Taulí, Bellvitge y Sant Pau; y las patologías con mayor demora son cataratas y hernia, con una media superior al resto de comunidades.

Por otra parte, haciendo parada en la **Comunidad Valenciana**, la Consellería informó a lo largo del año que el número de pacientes en espera quirúrgica había descendido, pero por los casos precisos que hemos recibido, entendemos que el ‘Plan de Choque’ no ha dado resultado para que los pacientes que esperan más de 60 días una intervención puedan ser derivados a la privada. De hecho hemos comprobado que en varios hospitales existen demoras de hasta 18 meses en cirugía traumatológica, 10 meses en maxilofacial o 1 año en cirugía general. El paisaje es muy similar al de la comunidad madrileña.

En la misma línea, nos figuramos que los datos se tergiversan en **Baleares**, pues el Govern afirma que la lista de espera ha decrecido, pero por nuestras informaciones no se asemejan a la realidad. Oftalmología y traumatología son las peores en demora quirúrgica.

El **Principado de Asturias** también ha acrecentado sus números. Dispone de 16.000 pacientes en lista de espera quirúrgica, con una media a tal efecto de 66 días. Lo servicios de oftalmología y traumatología son los que registran más pacientes pendientes de intervenir.

Sobre el estado en **Castilla y León** sobran los calificativos con lo apuntado al principio sobre lo ocurrido en el Hospital Río Hortega, a través de la carta que el subdirector remitió a los facultativos para no prescribir intervenciones a objeto de cumplir con el Plan de Reducción de Listas de Espera. Sin embargo, en general, no es de las peores regiones, salvo en la Comarca de El Bierzo que es la gran damnificada en este aspecto.

Para concluir el repaso por comunidades, aunque no están todo lo bien que deberían, le damos un **aprobado a Castilla-La Mancha, Navarra, Extremadura y La Rioja**.

2. URGENCIAS: ¿Abuso? ¿Desinformación? ¿Falta de recursos?

Los colapsos en los Servicios de Urgencias Hospitalarias son la insignia del SNS. Se debate largo y tendido sobre si los pacientes no sabemos utilizarlas de manera correcta o que en muchas ocasiones acudimos a ellas sin necesidad.

A final de año, el Ministerio de Sanidad presentó una **campaña destinada al uso de los servicios sanitarios**, concretamente dirigida a las Urgencias. Esta idea no es más que otra de nuestras firmes reivindicaciones y que todavía está a expensas de ver su efecto, aunque todo dependerá del grado de difusión y repercusión sobre la ciudadanía. Esta iniciativa, era necesaria a todas luces, debido a que el paciente, como consecuencia de su escaso protagonismo y participación en la elaboración de medidas sanitarias, carece de una educación sanitaria adecuada para poder discernir, por ejemplo, si ante una rozadura en un pie, ha de acudir a las urgencias hospitalarias o a su centro de salud. Cabría aunar esfuerzos para que la concienciación prevalezca entre los ciudadanos con el interés que merece el cometido.

En este sentido, proponemos realizar una reflexión sobre la afluencia a los Servicios de Urgencias, de cualquier hospital, registrando dos parámetros:

- 1º) Durante 2 horas de un día cualquiera.
- 2º) Otro día cualquiera, también en un período de 2 horas, pero que se dé la circunstancia que coincida con un acontecimiento televisivo de máximo interés.

Todos podemos conjeturar que el primer supuesto, sería el día de mayor número de asistencias de pacientes, por lo tanto, **en muchas ocasiones se puede afirmar que no es necesario acudir a estos Servicios o tal vez no se debería justificar esa urgencia como tal.**

Deliberando, los pacientes podemos asumir nuestra parte de responsabilidad, pero no somos los únicos culpables. **La Administración Sanitaria debería asumir su error en la gestión partiendo de cómo organiza y distribuye los recursos humanos y materiales** ¿Por qué? Por la falta de control y previsión, por la escasa adecuación y potenciación de la Atención Primaria, porque el paciente hartado y con su estado de salud agravado por las listas de espera busca un servicio más rápido y completo, porque en horario matutino la saturación de los centros de salud es similar a la de las Urgencias Hospitalarias, etc.

Lo que es acongojante, por decirlo de algún modo, es lo de la ya ex-consejera de salud de Cataluña, la Sra. Geli, que este año se permitió el lujo de afirmar que **“alguien que espera ocho horas en urgencias puede volver al día siguiente”**. Su aseveración fue muy desafortunada. ¿Qué pueden llegar a pensar las personas que han perdido a un familiar por no ser atendido a tiempo, abandonado en un box de Urgencias? Parece ser que la Sra. Geli desconoce que estas situaciones existen y con sentencias de los Tribunales que lo corroboran.

¿Se puede afirmar que los pacientes abusamos de los Servicios de Urgencias Hospitalarias? En ocasiones sí, por lo revelado con anterioridad, pero que nadie tenga la menor duda, de que los afectados no acuden a dichos Servicios porque les apetezca. Es más, debemos alzar la voz, cuando el Ministerio de Sanidad informa sobre

porcentajes de ciudadanos que acuden a Urgencias en supuestos que podrían ser resueltos en las consultas de Atención Primaria. Son datos susceptibles de rebatir, porque el Ministerio se olvida, no sabemos si interesada o desinteresadamente, de que **un alto porcentaje de ciudadanos**, a sabiendas de los colapsos que existen, **eluden acudir a ellas y se automedican** con tal de no sufrir horas de espera, especialmente en época de gripe o estival donde la situación es insostenible.

El volumen asistencial, el desborde aludido y las innumerables horas de guardia que soportan los profesionales de esta área, merman notablemente la asistencia al paciente, siendo la principal consecuencia del incremento ostensible de errores de diagnóstico, que se ha originado a lo largo de 2010 en la red de Urgencias Hospitalarias. Por esta razón, un año más, **volvemos a clamar por la creación de una formación específica de Medicina en Urgencias y Emergencias**, para que el profesional esté formado y pueda responder con calidad a todas las necesidades urgentes del sistema, disminuyendo de esta manera los errores que se originan en un servicio de elevada demanda asistencial

Ante la sobresaturación de estos Servicios, sólo podemos mostrar desazón al comprobar que se ha convertido en un mal endémico de muchos hospitales de la mayoría de las CCAA.

Las Urgencias de muchos hospitales andaluces, como en los últimos años, de forma perecedera, también han sufrido situaciones límite, **coronándose una vez más como las peores del país**. La palma se la llevan los centros hospitalarios sevillanos. Tal es así, que el propio Defensor del Pueblo Andaluz, D. José Chamizo, aparte de no dejar títere con cabeza en relación a las carencias y deficiencias de la sanidad andaluza, en su Informe instó al SAS a incrementar la plantilla de los servicios de **Urgencias del Virgen del Rocío y del Virgen de la Macarena**. Y es que también en Sevilla, la falta de camas en Valme, ha provocado conatos similares. Pero los hospitales de la capital andaluza no son sólo los peores en este aspecto. Lo mismo ha sucedido en el **Clínico Virgen de la Victoria de Málaga**, en el **Reina Sofía de Córdoba** y en el **Virgen de las Nieves de Granada**, con esperas de hasta tres días aguardando, de forma tercermundista, en un sillón para conseguir cama. En este último hospital, en etapa estival, es chocante cómo se invitó a los pacientes con patologías no graves a marcharse por la falta de facultativos.

Además, en la Comunidad de Madrid, cuesta comprender que los colapsos sean crónicos en algunos hospitales, pese a contar con servicios de reciente creación, como en las nuevas urgencias del Hospital **Clínico San Carlos**, donde lo enfermos han tenido que soportar esperas de hasta 24 horas, a lo largo de diferentes fases del año y en condiciones indignas. O en el **Infanta Leonor de Vallecas**, donde hubo enfermos esperando incluso cuatro días, pendientes de una cama libre en planta.

Tras los hospitales andaluces y los madrileños, podríamos apuntar que los siguientes hospitales del SNS son los peor valorados y los que apremian de una inyección de recursos y reorganización, por lo continuos hacinamientos que durante el año han puesto en jaque sus Servicios de Urgencias: **CHUAC (A Coruña)**, **CHUS (Santiago de Compostela)**, **Cruces (Bilbao)**, **Miguel Servet y Clínico Lozano Blesa (Zaragoza)**, **El Bierzo (León)**, **Arrixaca y Rosell (Murcia)**, **General (Castellón)**, **General (C.Real)** y **Universitario (Ceuta)**.

3. ANÁLISIS de la LEY del TABACO, Ley 42/2010, 30 de Diciembre.

Anteriormente, hemos dado nuestra opinión en general, pero en este apartado queremos profundizar. Es una la Ley que tiene muchas ambigüedades y sobre todo ha perdido una ocasión única, para atajar realmente el problema del tabaquismo y su deshabituación, por lo siguiente:

- **PRIMERO**.- Dice en el artículo 3 (apartado 7) que: *“El Gobierno, mediante Real Decreto, **determinará los contenidos y componentes de los productos del tabaco, en especial los elementos adictivos,** así como las condiciones de etiquetado que éstos deberán cumplir.”*

Pero ¿por qué no lo ha hecho ya? Es esencial que se diga qué componentes adictivos tiene el tabaco para de esa forma obligar a retirarlos porque en caso de que se informe de cuáles son y se siguiera autorizando la venta (y cobrando impuestos y beneficios para el Estado) se podría exigir responsabilidades a la Administración.

- **SEGUNDO**.- Según el Artículo 12, en lo que se refiere a los programas de deshabituación del tabaco, se apunta que: *“Las Administraciones públicas competentes **promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria.** Asimismo, se promoverán los programas de promoción del abandono del consumo de tabaco en instituciones docentes, centros sanitarios, centros de trabajo y entornos deportivos y de ocio. La creación de **unidades de deshabituación tabáquica se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud,** que también definirá los grupos prioritarios que resulten más vulnerables. El acceso a tratamientos de deshabituación tabáquica, cuya eficacia y coste-efectividad haya sido avalada por la evidencia científica, se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, valorando, **en su caso,** su incorporación a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud”.*

Esta Ley trata, de forma ambigua, la asistencia sanitaria pública para ayudar a los fumadores a dejar de fumar y no informa sobre qué recursos destinará.

Es necesaria la financiación de los tratamientos que han demostrado ser eficaces para ayudar a los fumadores a dejar de serlo, del mismo modo que se financian los tratamientos de cualquier otra enfermedad crónica. De hecho, la mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar, pero muchos no lo consiguen por falta de ayuda sanitaria en sus intentos o de financiación del tratamiento.

- **TERCERO**.- El artículo 8 establece una **excepción para los Hoteles** que pueden reservar un espacio (un 30 % de habitaciones) para fumadores, siempre que cumplan con unas condiciones. Sin embargo los **Restaurantes, Bares y Cafeterías** no pueden destinar el 30% de su espacio para fumadores con las condiciones de estar separados del resto, ventilación independiente y dispositivos para eliminación de humos como ha previsto para hoteles, pues esta cuestión que se exigió a sus dueños en el año 2005.

Esto es claramente discriminatorio entre empresarios, luego algunos, han invertido un dinero en acondicionar su negocio y ahora ven que la acción adoptada no sirve para nada porque se les prohíbe fumar en el interior.

4. El Protocolo Telefónico del 112 se cobra decenas de vidas por la FALTA de RESPUESTA.

El protocolo de actuación actual que emplea el 112, cuando un enfermo o su familiar llaman para denunciar una eventualidad grave de salud, es **hacer un diagnóstico telefónico de su estado y evitar por todos los medios tener que desplazar una ambulancia** al domicilio. Podemos afirmar con rotundidad, que en la mayoría de los casos, suelen informar e intentar convencer al comunicador que el caso que denuncia no requiere una atención urgente, recomendando ponerse en contacto con el Centro de Atención Primaria del afectado, para que el médico de cabecera acuda al domicilio. Cuando a posteriori, se llama al Centro de Salud, lo normal es que se den situaciones como no atender al teléfono o que el médico de cabecera no pueda visitar al paciente hasta pasadas unas horas por estar ocupado en otros quehaceres.

Que lo constaten los incrédulos porque es así. Este funcionamiento es deleznable, debido a la gran cantidad de pacientes que están muriendo o están padeciendo secuelas irreversibles, por la falta de atención y de respuesta a tiempo de los servicios de urgencia sanitaria.

La explicación es lógica. Si el 112 no cuenta con unidades suficientes de transporte para dar respuesta y solución a la demanda de urgencias que surge, presuntamente debe existir una orden interna para diagnosticar telefónicamente e impedir realizar el trabajo de forma eficaz, ante la imposibilidad de dar cobertura a todos los avisos. De otra forma no se entiende.

A lo largo de 2010, en El Defensor del Paciente, hemos registrado un dato relevante: **71 casos de fallecimiento**, 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. Esta cifra escandalosa, al menos, debería preocupar a nuestras autoridades sanitarias, en aras de mover ficha y dotar los servicios de emergencias de recursos humanos y materiales.

Tal es así, que en una de las últimas sentencias, ganadas por los Servicios Jurídicos de El Defensor del Paciente, de fecha 27 de Diciembre de 2010, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid condenó a la Comunidad Madrileña a indemnizar a la hija de un enfermo que falleció por un infarto cerebral, fundamentando la condena en la pérdida de oportunidad vulnerada al fallecido porque la ambulancia que su hija solicitó varias veces llamando al 112, tardó 3 horas en llegar. Así lo recogió la Sentencia: *“Las circunstancias del caso ponen de manifiesto la incorrecta atención suministrada por el servicio de recepción de llamadas del SUMMA 112. Además, el tiempo de respuesta del Servicio de Ambulancias fue excesivo, más aún cuando la asistencia debía prestarse en una zona céntrica de Madrid de fácil acceso. Desde la primera llamada hasta el traslado al hospital transcurrieron más de tres horas lo que resulta de todo punto desmesurado para un Servicio de Urgencias. El retraso en la asistencia redujo las posibilidades de supervivencia del enfermo”*.

El mismo Tribunal, aunque una Sección diferente, dos meses antes dictaminó lo siguiente, en otra Sentencia similar, tramitada también por nuestros Servicios Jurídicos: *“Se condena por funcionamiento anormal y retraso excesivo del SUMMA 112 que*

*provocó el fallecimiento del paciente por no poder recibir asistencia hospitalaria con mayor prontitud y que pudiera haber determinado la supervivencia del paciente. El lapso del tiempo desde la solicitud de atención hasta la llegada efectiva de medios de transporte sanitario fue excesivo. Sus posibilidades de supervivencia hubieran sido mayores si los medios empleados hubieran incluido una UVI móvil. Esta **pérdida de oportunidad de recibir asistencia** debe ser asumida por la Administración”. De nuevo, la Justicia condenó por un retraso excesivo en la muerte de un paciente con patología isquémica, al que no atendió en tiempo y forma la urgencia que presentaba.*

Ante estas circunstancias nos mostramos tajantes, pues además los Tribunales están confirmando que nuestras denuncias no son gratuitas.

Asimismo, hemos podido acreditar, que en casos en los que el 112 no da respuesta, como última fórmula para el envío de una ambulancia, se puede contactar con los servicios policiales. En muchas ocasiones funciona, pero es lamentable que el fin se deba conseguir gracias a la policía cuando existe un servicio destinado a ello.

Para colmo, en las quejas que hemos recibido del 112, apreciamos un denominador común que prima en la denuncia de gran parte de los pacientes o sus familiares, que es la mala atención y los malos modos de algunos coordinadores que les atienden al teléfono y que no comprenden que al otro lado de la línea hay una familia desesperada en una situación límite. La deshumanización en el trato telefónico es total.

Por estas razones, junto a todo lo apuntado y para dar mayor grado de credibilidad, nos permitimos mostrar, de viva voz, parte de algunos relatos que nos han remitido ciudadanos, víctimas del menosprecio y la desatención por parte del 112:

- D^a. Ángeles R. S.: *“Mi padre, con antecedentes de cáncer de digestivo, mientras comía se mareó, vomitó y perdió el conocimiento cayendo al suelo. Llamé al 112 y la persona que me atendió, con el cuadro que le expliqué, me dijo que lo que tenía era una gastroenteritis y que comunicara con mi centro de salud. Así lo hice pero nadie me cogía el teléfono por lo que volví a contactar con el 112 ante la gravedad de mi padre. **La misma persona de forma chulesca, me indicó que la doctora era ella y que no nos enviaba una ambulancia porque lo que mi padre tenía era una gastroenteritis.** Al final, con la ayuda de unos vecinos conseguí meter a mi padre en mi coche y al llegar al hospital los médicos que le atendieron dijeron que se había salvado de milagro pues apenas tenía oxígeno en la sangre”.*
- D^a. Natalia E. C.: *“Realicé una llamada solicitando una ambulancia al 112 ya que un amigo, que había sido intervenido días antes de tiroides, quedó inconsciente, no podía moverse y se quedó agarrotado en posición fetal. La sorpresa fue que cuando hablamos, en el 112 nos dijeron que como era producto de una operación previa seguramente, **no se hacían cargo y teníamos que trasladar nosotros al enfermo.** Tuvimos que buscar ayuda de gente desconocida para poder llevarlo hasta el coche. **Mi amigo había sufrido una bajada de calcio que casi le cuesta la vida”.***
- D. Isaac G. A.: *“Mi abuela sufrió una caída en mi domicilio golpeándose en la cadera contra el suelo y en la cabeza contra la puerta de casa. Rápidamente nos*

*pusimos en contacto con el 112 y nos dijeron que mandarían una ambulancia. Viendo como pasaba una hora desde nuestra llamada y mi abuela empeoraba, volví a llamar. En ese momento me pusieron con un coordinador de la zona que de **muy malas maneras** me dijo que el médico ya estaba de camino, y sin dejarme hablar, me dice que **el que mandaba era él y que las cosas se harían como él quisiera y me cuelga dejándome con la palabra en la boca.** Como pueden darse cuenta desde que mi abuela sufrió el accidente hasta que fue atendida pasaron más de dos horas, afortunadamente dentro de la gravedad de la lesión (sufre una rotura de cadera) no hay que lamentar males mayores, pero también **hay que destacar que ha sido transferida al hospital gracias al servicio prestado por el 091**".*

- *D^a. Inmaculada P. C.: "Mi madre, se encontraba acompañada de su cuidadora interna y cuando ésta acudió a su dormitorio vio que se encontraba indispuesta y que no respondía bien a los avisos a fin de que se despertara. La cuidadora avisó a las vecinas y cuando llegaron comprobaron que mi madre presentaba un cuadro de vómitos, habla defectuosa, semiinconsciencia y falta de movilidad, por lo que llamaron al Servicio de 112 a fin de que fuera atendida lo antes posible. La persona que atendió el teléfono, le desvió con un facultativo que les indicó **que posiblemente sería un cuadro de enfriamiento o corte de digestión, indicándoles que llamaran a su centro de salud.** Los vecinos, llamaron al centro de salud que comunicaba constantemente durante más de 10 minutos. A la vista que iba empeorando, decidieron volver a llamar al 112, que tras volver a contar lo sucedido a la persona que atiende el teléfono les volvió a desviar a un facultativo, que les indicó que irían cuando pudieran. **Los sanitarios del 112 se personaron, 1 hora y 5 minutos desde la primera llamada, diagnosticándola una embolia cerebral, teniendo que esperar una ambulancia medicalizada.** En lugar de trasladarla urgentemente al hospital más cercano, a 5 minutos del domicilio, **esperando la llegada de la ambulancia mi madre falleció**".*

Por hacer una símil, de tan delicadas tesituras, el paciente en estos casos se encuentra en lo alto de la carpa, en equilibrio y riesgo permanente, mientras que nuestros gobernantes tranquilamente nos observan desde sus butacas.

A colación, la Sra. Aguirre, como Presidenta de la Comunidad de Madrid podría ser uno de esos espectadores de lujo, porque en época veraniega no le tembló el pulso y decidió **recortar el 40 % de las ambulancias de soporte vital básico.** Una irresponsabilidad absoluta, cuando por todo lo esgrimido, está de sobra demostrado que los recursos que se destinan al transporte, son exiguos y escasos.

El caso es que **el SUMMA 112 de la Comunidad de Madrid es el peor de todos,** aunque el protocolo del resto de CCAA no es muy fructífero que digamos.

Informándonos sobre los tiempos de atención en las bases de urgencia, que el SUMMA 112 tiene repartidas por la Comunidad de Madrid, nos hemos enterado que ante la falta de unidades disponibles, durante meses, lo que se ha estado haciendo es cubrir avisos de ambulancias con las UVI móviles, que se supone que han de estar reservadas para las urgencias vitales. Al parecer el caos ha sido total, cuando se ha querido dar respuesta a urgencias pendientes de más de 1 hora, los profesionales han tenido que desplazar unidades de soporte vital avanzado a destinos varios, de punta a

punta de la comunidad de Madrid, sin un mínimo rigor porque los recursos no han sido suficientes. Así ha pasado, que en numerosísimas ocasiones cuando se ha precisado una UVI móvil no ha estado disponible. **Chapeau por el esfuerzo de los trabajadores del SUMMA 112.**

5. VISIÓN sobre la JUSTICIA ESPAÑOLA en materia de NEGLIGENCIAS MÉDICO-SANITARIAS

El Defensor del Paciente muestra su más absoluta disconformidad con la actitud permisiva del Tribunal Constitucional en la vulneración de derechos fundamentales y con la actitud restrictiva también de derechos que está protagonizando el Tribunal Supremo al dictar Sentencias contradictorias en las que no admite recursos de casación previamente admitidos por Resolución firme de la Sala. Da la sensación de que tanto el Tribunal Constitucional como la Sala Tercera del Tribunal Supremo pretenden combatir el atasco judicial a golpe de inadmisiones carentes de justificación y contrarias al ordenamiento jurídico.

El año 2010 comenzó con una verdadera merma en la protección de los derechos fundamentales y libertades públicas de los ciudadanos; el nuevo artículo 50.1b) de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional ha añadido una exigencia más para admitir a trámite una demanda de amparo, que el contenido del recurso justifique que la lesión del derecho fundamental violado lleve aparejada una *especial trascendencia constitucional*. Es decir, **para el Tribunal Constitucional ya no es suficiente que exista una conculcación de los derechos fundamentales de las personas**, por clara, evidente o grosera que ésta sea, ahora la protección se hace depender de un concepto indeterminado de contenido incierto y difuminados perfiles. La ley no explica qué se entiende por dicho concepto jurídico, aunque a nadie se le escapa que, presumiblemente, se está refiriendo a que el alto Tribunal queda liberado de entrar a conocer asuntos relativos a la violación de los derechos fundamentales individualmente considerados, para detenerse únicamente en cuestiones relativas a contiendas políticas. **Parece ser que el Poder Legislativo ha olvidado nuestra más reciente historia acercando su normativa a la de otros países donde los derechos fundamentales son dignos de un nivel de protección mínimo.**

Tanto parece ser así que en la Revista OTROSÍ, publicada por el Ilustre Colegio de Abogados de Madrid en enero de 2010, aparece un artículo de Miguel Ángel Montañés Pardo (Fiscal-Letrado y Vicesecretario General del Tribunal Constitucional), en el que al explicar la especial trascendencia constitucional indica que “*para la admisión del recurso de amparo ya no es suficiente la mera lesión de un derecho fundamental o libertad pública*”. Resulta triste para los ciudadanos que personas con tales responsabilidades, al referirse a los derechos fundamentales de las personas, hablen de mera lesión y se encarguen de valorar, por encima de todo, esa denominada *especial trascendencia constitucional*. ¿Es qué no tiene especial trascendencia constitucional la lesión de cualquier derecho fundamental o libertad pública?

Un ejemplo que hace sospechar a todos los ciudadanos de la presunta reserva del Alto Tribunal a cuestiones entre partidos políticos, además del perfil de asuntos

resueltos durante este año, lo tenemos en que cuando le ha sido planteado un caso para pronunciarse sobre la forma de contar los plazos a la hora de interponer determinados recursos administrativos (asunto en el que existía un Voto Particular emitido por un Magistrado del TSJ considerando que se están violando los derechos de los justiciables en materia administrativa, al no existir consenso en cuanto al momento de iniciar el cómputo de los plazos por meses), ha manifestado, sin explicación alguna, que esto no tiene especial trascendencia constitucional. Y cuando se le ha solicitado una aclaración para que exprese por qué no la tiene, se ha limitado a decir que el perjudicado no tiene derecho a ninguna aclaración por carecer de posibilidad de recurrir las decisiones del Constitucional, cuando la aclaración no es ningún recurso.

Decisión que consideramos todavía más grave cuando sobre esto no hay desarrollada jurisprudencia constitucional y tampoco se ponen de acuerdo las Salas de los Tribunales Superiores de Justicia o del propio Tribunal Supremo. En conclusión, **para el Tribunal Constitucional aclarar la forma en la que deben computarse determinados plazos sobre los que no hay consenso no tiene especial trascendencia constitucional**, a pesar de tratarse de la vía procesal que existe para salvaguardar los derechos fundamentales de los justiciables.

Mención aparte merecen algunas resoluciones de órganos judiciales emitidas a lo largo de 2010, como la Sentencia de fecha 17 de marzo de 2010 emitida por el Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta. En este caso previamente la Sección Octava de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid había desestimado una demanda interpuesta por un paciente que presentó Recurso de Casación por no estar de acuerdo con aquélla. El Tribunal Superior de Justicia admitió a trámite su Recurso de Casación y el Tribunal Supremo también lo hizo, después de dar audiencia a las partes, mediante resolución firme e irrecurrible. Sin embargo, posteriormente el Tribunal Supremo, sin escuchar a las partes, en contra de su propia resolución de admisión a trámite que le vinculaba y con una interpretación errónea de la ley, acordó inadmitir el recurso por medio de Sentencia, cuando ya estaba obligado a entrar en el fondo, e impuso injustamente las costas al recurrente. Esto después de los largos años que debió soportar el perjudicado con la creencia de que el Supremo entraría a valorar el fondo del asunto como era su obligación.

Otro supuesto llamativo lo encontramos en la sentencia de 23 de septiembre de 2010 emitida por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, en la que se valora la asistencia sanitaria prestada en un parto con el resultado de bebé con parálisis cerebral grave. En este caso los padres del bebé alegaban que las lesiones eran causa del trauma sufrido al aplicar sobre el cuello del niño las ramas del fórceps, presionando la carótida e interrumpiendo el riego sanguíneo. Pues bien, la sentencia reconoce que:

“Como ya se ha expuesto dicha conclusión expone que la información clínica parece apuntar como causa productora más probable de las lesiones del paciente hacia una posible etiología traumática relacionada con el parto instrumental.

Tal conclusión se fundamenta por otra parte en lo expuesto en el informe de alta de 2 -7-03 (folio 36) en el que en el apartado de “Interconsulta neuropediatría” se hace constar “el cuadro parece compatible con compresión de carótida izquierda” y en el

informe de Neuropatía de 8-7-03 consta que “ello hablaría a favor de compresión grandes vasos (carótida) como opción etiológica primera”.

Y, a pesar de lo anterior, se olvidó de la aplicación de la Teoría del Daño Desproporcionado, que debe ser conocida por cualquier magistrado, y que obliga a invertir la carga de la prueba y, en consecuencia, con tan magno error, desestimó la demanda presentada por los padres manteniendo que **“el estudio minucioso de la información clínica no permite con absoluta certeza determinar cuál fue el origen de las lesiones neurológicas que desarrolló”**, como si a los perjudicados les fuera exigible la carga de la prueba hasta estos extremos en presencia de daños cuyo origen no han explicado los facultativos.

Y, por si no fuera suficiente, este año se ha dictado la Sentencia de fecha 3-11-2010, emitida por el Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Cuarta, que para no entrar a pronunciarse sobre la valoración ilógica, arbitraria e irracional de la prueba realizada por el TSJ de Madrid dice que *“No incluye nuestra norma reguladora de la jurisdicción como motivo de casación general el error evidente en la apreciación de la prueba”*. En fin, **esta sentencia se comenta sola y retrata fielmente el nivel jurídico de su autor.**

Criterio que, de seguirse, eliminaría cualquier posibilidad de acceder a los recursos de casación; pero, claro, cualquiera se dirige al TC alegando la mera lesión de los derechos fundamentales y libertades públicas si no media una cuestión que afecte a los intereses de, por lo menos, dos partidos políticos de peso enfrentados por el poder.

No obstante, dejando al margen la práctica imposibilidad de acceder al Tribunal Constitucional cuando se han violado nuestros derechos fundamentales, lo cierto es que esta conculcación por parte de los Tribunales es una excepción, siendo habitual el respeto de los mismos por parte de los jueces y magistrados, lo que, unido a la fuerte preparación de los Letrados adscritos a nuestra Asociación, capaces de realizar un estudio de viabilidad riguroso, se ha traducido en la **estimación del 80 % de las demandas presentadas por nuestros socios** y colaboradores, a lo que hay que sumar la victoria en el 100 % de los casos en los que el propio Defensor el Paciente ha tenido que litigar frente a los Servicios de Salud, organismos oficiales e instituciones privadas.

Como siempre, merece mención aparte todo lo que rodea a la Sección 8ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Tras numerosas presiones de afectados y de El Defensor del Paciente, **nos congratulamos porque la Sección 8ª, por fin, ha sido apartada para poder dilucidar en casos de derecho sanitario dentro de la Comunidad de Madrid.**

No obstante, ésta Sección se ha despedido este año con algunas Sentencias, todas ellas recurridas, que no se ajustan a Derecho y que **han supuesto una lacra para los afectados por negligencias médicas**, como la Sentencia de 12 de noviembre de 2010.

Se trata de un caso en el que el paciente sufrió una demora de varios meses en el diagnóstico de un cáncer de colón a pesar de padecer una anemia y síntomas que no se sometieron a estudio. El paciente, finalmente, fue citado para la realización de una colonoscopia que se suspendió en el último momento por cuestiones imputables al

Servicio de Salud Madrileño. Y cuando no le quedó más remedio que solicitar asistencia sanitaria a través del Servicio de Urgencias fue dado de alta en el Hospital Clínico San Carlos (Madrid) con una obstrucción intestinal que acabó provocándole una peritonitis, casi mortal. El diagnóstico de la obstrucción: cáncer de colon (la colonoscopia que se le indicó jamás se le llegó a realizar) con peritonitis y necesidad de cirugía urgente y agresivas sesiones de quimioterapia.

Y durante el procedimiento judicial, todos los Peritos sin excepción explicaron en sus Informes que la asistencia sanitaria había sido incorrecta por tardía y deficiente.

Incluso el propio Perito designado judicialmente por la Sección 8ª aclaró lo siguiente: ***“La actuación médica no fue lo suficientemente precoz ni activa debido a que al paciente se le sometió a una demora innecesaria. El pronóstico del paciente de haber sido diagnosticado antes, hubiera cambiado. Tras la colonoscopia (que nunca se realizó) se había intervenido de forma programada y probablemente se le habría mantenido la ampolla rectal sin necesidad de bolsa de colostomía, al abocar intestino delgado a la ampolla. También se habrían evitado tantos ciclos de quimioterapia por no haberse extendido el tumor como se demostró en el acto quirúrgico. Por tanto se le ha privado de una oportunidad en un tratamiento menos agresivo y en la calidad de vida del paciente”***.

Por su parte, el otro de los Peritos, especialista en cirugía y aparato digestivo, explicaba que: ***“Hubo una demora de 5 meses que incidió de forma negativa en el pronóstico. Por otro lado, en la valoración médica del paciente en el Servicio de Urgencias no se prestó la atención, la diligencia ni la prudencia debidas dado que la radiografía ya advertía de la obstrucción intestinal. Ello provocó una peritonitis y la necesidad de realizar un tratamiento quirúrgico más agresivo”***.

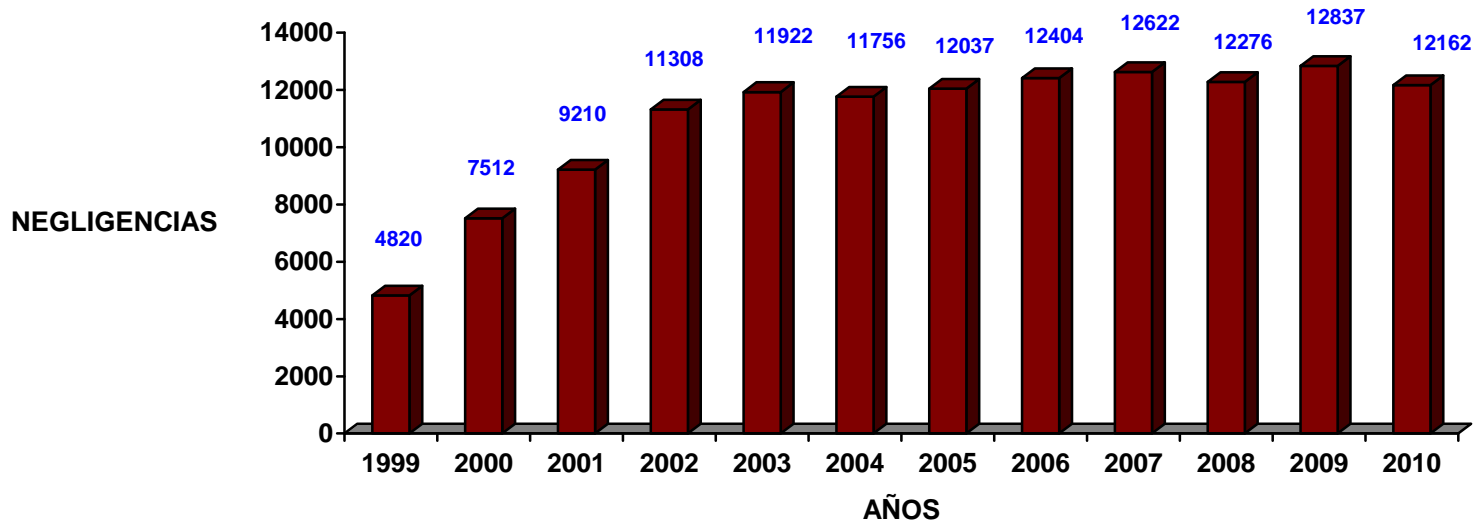
Por si alguien tenía dudas de la negligencia médica cometida, el propio Médico Inspector del Servicio Madrileño de Salud reconoció y corroboró que la asistencia sanitaria no fue correcta.

A pesar de ello, sin que existiese argumento médico alguno que sostuviese un mínimo de correcta atención en el proceso del paciente, la Sentencia de 12 de noviembre de 2010, de la Sección 8ª del TSJ de Madrid, obviando el contenido de todos los Informes Periciales médicos, **SORPRENDEMAMENTE, no nos explicamos cómo llega a la conclusión de que “No se produjo el retraso en el diagnóstico con pérdida de oportunidad que sostienen los actores”** y que **“No se evidencia la existencia de un daño derivado de la actuación del día 2 de abril en el Servicio de Urgencias”**, desestimando la demanda. La Sentencia, como no podía ser de otra forma, ha sido recurrida por el paciente.

Por fortuna, la Sección 8ª, no seguirá favoreciendo de forma tan descarada a la Administración, a la hora de emitir Sentencias en el ámbito de las negligencias médicas.

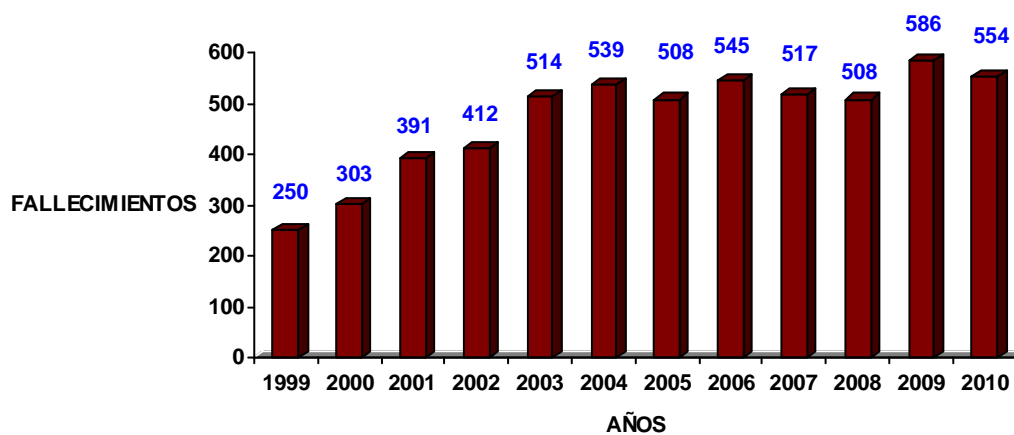
**ESTADÍSTICAS de casos recibidos en El DEFENSOR del PACIENTE
por negligencia médica en el período comprendido entre 1999 y 2010.**

NEGLIGENCIAS MEDICAS POR AÑOS



AÑOS	NEGLIGENCIAS
1999	4.820
2000	7.512
2001	9.210
2002	11.308
2003	11.922
2004	11.756
2005	12.037
2006	12.404
2007	12.622
2008	12.276
2009	12.837
2010	12.162

FALLECIMIENTOS POR NEGLIGENCIAS MEDICAS



AÑOS	MUERTES
1999	250
2000	303
2001	391
2002	412
2003	514
2004	539
2005	508
2006	545
2007	517
2008	508
2009	586
2010	554

**ESTADÍSTICAS POR COMUNIDADES MÁS DENUNCIADAS, HOSPITALES,
Y PATOLOGÍAS.**

1. MADRID (3.519 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Traumatología
- 2º Ginecología y obstetricia
- 3º Urgencias
- 4º Cirugía general
- 5º Ambulancias (SUMMA 112 y 061)

2. ANDALUCÍA (1.824 Casos).

- Sevilla 556
- Málaga 483
- Cádiz 263
- Córdoba 181
- Granada 121
- Almería 87
- Jaén 74
- Huelva 59

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Traumatología
- 2º Cirugía general
- 3º Ginecología y obstetricia
- 4º Urgencias
- 5º Ambulancias (112 y 061)

3. CATALUÑA (1.235 Casos).

- Barcelona 1009
- Tarragona 134
- Girona 64
- Lleida 28

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Vall D'Hebron
- 2º Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona
- 3º Hosp. Univ. de Bellvitge
- 4º Hosp. de la Santa Creu i Sant Pau
- 5º Hosp. Univ. Germans Trias i Pujol – Can Ruti

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

4. COMUNIDAD VALENCIANA (1.171 Casos).

- Valencia 715
- Alicante 396
- Castellón 60

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Univ. La Fe
- 2º Hosp. General Univ. de Valencia
- 3º Hosp. General Univ. de Alicante
- 4º Hosp. Clínico Univ. de Valencia
- 5º Hosp. General de Elche

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

5. GALICIA (660 Casos).

- A Coruña 304
- Pontevedra 267
- Lugo 48
- Ourense 41

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. Universitario de A Coruña (Juan Canalejo) - CHUAC
- 2º Complejo Hosp. Universitario Santiago de Compostela - CHUS
- 3º Complejo Universitario de Vigo - CHUVI
- 4º Complejo Hosp. de Pontevedra - CHOP
- 5º Complejo Hosp. Xeral-Calde

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

6. CASTILLA y LEÓN (623 Casos).

- Valladolid 157
- León 143
- Burgos 70
- Salamanca 69
- Zamora 48
- Ávila 48
- Segovia 35
- Palencia 34
- Soria 19

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

7. PAÍS VASCO (552 Casos).

- Vizcaya 317
- Guipúzcoa 154
- Álava 81

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

8. CASTILLA-LA MANCHA (477 Casos).

- Toledo 198
- Ciudad Real 122
- Guadalajara 71
- Albacete 70
- Cuenca 16

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario de Toledo
- 2º Hospital General de Ciudad Real
- 3º Hospital General Universitario de Guadalajara
- 4º Hospital General Universitario de Albacete
- 5º Hospital General La Mancha Centro

- Servicios y patologías más denunciadas:

- 1º Traumatología
- 2º Ginecología y obstetricia
- 3º Ambulancias y transporte sanitario
- 4º Urgencias
- 5º Cirugía general

9. MURCIA (456 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
- 2º Hospital J. M. Morales Meseguer
- 3º Complejo Universitario Santa María del Rosell
- 4º Hospital General Universitario Reina Sofía
- 5º Hospital Rafael Méndez

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

10. ARAGÓN (308 Casos).

- Zaragoza 232
- Huesca 65
- Teruel 11

- 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 de Barbastro

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

11. CANARIAS (298 Casos).

- Las Palmas de G.C. 160
- Sta. Cruz de Tenerife 138

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

12. EXTREMADURA (268 Casos).

- Badajoz 193
- Cáceres 75

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Universitario de Badajoz – Infanta Cristina
- 2º Complejo Hospitalario de Cáceres
- 3º Hospital de Mérida
- 4º Hospital Don Benito – Villanueva de la Serena
- 5º Complejo Sanitario Provincial de Plasencia

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

13. ASTURIAS (247 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Central de Asturias
- 2º Hospital de Cabueñes
- 3º Hospital San Agustín
- 4º Fundación Hospital de Jove
- 5º Hospital Valle del Nalón

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

14. CANTABRIA (219 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

15. BALEARES (183 Casos).

- Palma de Mallorca 109
- Ibiza 53
- Menorca 20
- Formentera 1

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Asistencial Son Dureta
- 2º Hospital Son Llätzer
- 3º Hospital Can Misses

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

16. NAVARRA (60 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Clínica Universitario de Navarra
- 2º Hospital Virgen del Camino
- 3º Hospital de Navarra

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

17. LA RIOJA (44 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

18. CEUTA y MELILLA (18 Casos).

- Ceuta 13
- Melilla 5

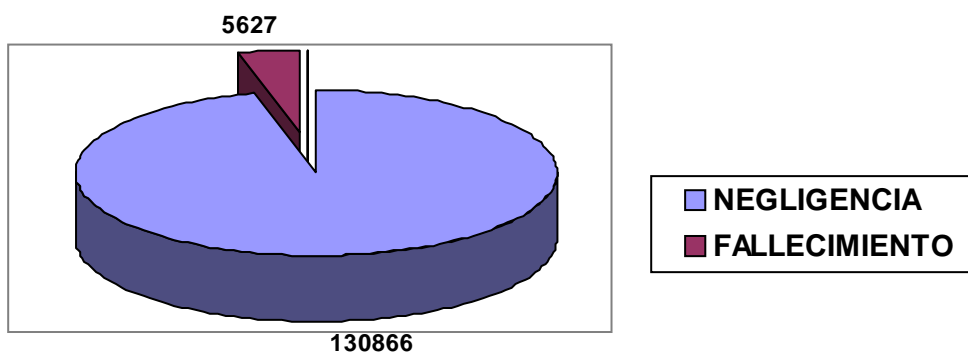
SERVICIOS y PATOLOGÍAS MÁS DENUNCIADAS en 2010

- 1º - Traumatología
- 2º - Ginecología y Obstetricia
- 3º - Cirugía general
- 4º - Urgencias
- 5º - Ambulancias y transporte sanitario (112 y 061)
- 6º - Oncología
- 7º - Odontología y maxilofacial
- 8º - No entrega de historia clínica e informes médicos
- 9º - Cardiología
- 10º - Cirugía plástica, reparadora y estética

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

- **554 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médica** hemos recibido durante 2010 en el Defensor del Paciente, lo que equivale a **32 pacientes menos que en 2.009**. 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 característica en gran parte de los casos, como en años anteriores, es que vienen marcados por el **error de diagnóstico** sobre todo en los Servicios de Urgencias.
- **421 casos**, son los que hemos recibido de **personas que se sometieron a una intervención de cirugía plástica, reparadora y estética, con resultado insatisfactorio.**
- **101 bebés** nacieron con alguna discapacidad, lo que supone un descenso de 31 casos con respecto al año anterior, en relación a partos llevados de forma inadecuada causando secuelas como sufrimiento fetal, parálisis cerebral, 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.
- **71 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.
- **68 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.
- **66 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 7 casos menos contabilizados con respecto a 2008.
- **59 casos de afectadas por depilación láser.** Este es un dato muy a tener en cuenta, pues es una técnica que durante este año 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 para ello. Mientras no exista una normativa que legisle su uso, única y exclusivamente por personal médico, nos seguiremos encontrando con personas que sufren quemaduras tras someterse a este tipo de depilación.
- **45 casos de contagiados por hepatitis C (VHC).** El guarismo desciende en relación al año anterior, con 10 casos menos. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.
- **23 casos de intervención lásik (oftalmología)** con mal resultado, secuelas o pérdida de visión. Cifra que se mantiene en relación a 2010. En realidad, hace 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.
- **7 pacientes fallecidos en intervenciones de reducción de estómago.** Cifra muy similar la de pacientes fallecidos por este tipo de operaciones con respecto a 2010, donde fueron 8 en total.

NEGLIGENCIAS Y FALLECIMIENTOS DESDE 1999 AL 2010



DEFENSOR del PACIENTE

INDICE

MEMORIA 2010	1
INTRODUCCIÓN	2
PUNTO de VISTA sobre el SNS	3
<u>ASPECTOS GENERALES:</u>	
LISTA de ESPERA	6
URGENCIAS	13
LEY del TABACO	15
PROTOCOLO del 112	16
OPINIÓN sobre la JUSTICIA en materia de NEGLIGENCIAS	19
ESTADÍSTICA NEGLIGENCIAS 1999/2010	23
ESTADÍSTICA FALLECIMIENTOS 1999/2010	24
ESTADÍSTICA POR COMUNIDADES	25
Nº de FALLECIDOS, DISCAPACITADOS, ETC	33
ÍNDICE	35