



Asociación El Defensor del Paciente

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

Tf.: 91 465 33 22 – 629 208 643

www.negligenciasmedicas.com

defensorpaciente@telefonica.net

MEMORIA 2008

Como en años anteriores hacemos balance de los casos recibidos por presuntas negligencias médico-sanitarias que nos han llegado durante el año 2008 de la sanidad pública y privada. En total hemos recibido **12.276 casos** (un descenso de 346 casos menos que en 2007), de los cuales, **508 han sido con resultado de muerte** (9 casos menos que en 2008). Estos casos por el momento hay que considerarlos como presuntos hasta que los Tribunales se pronuncien.

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 50.000 visitas en 2008), 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

Que el número de negligencias y reclamaciones médico-sanitarias haya descendido con respecto al año anterior no significa que la sanidad española haya experimentado un cambio a mejor. La situación es realmente preocupante. Prueba inequívoca son la gravedad de gran parte de las negligencias recibidas.

Debido a que las competencias sanitarias están transferidas, en España existen 17 Comunidades Autónomas, y como consecuencia existen 17 formas diferentes de gestionar la sanidad porque el Ministerio de Sanidad lo permite, es decir se incumple el mandato constitucional de que todos los españoles tienen los mismos derechos sin depender de su lugar de residencia. Por consiguiente, a día de hoy, tenemos un Ministerio de Sanidad que no sirve para nada. En realidad no tenemos un Ministerio, sino un edificio precioso en el Paseo del Prado que hace las delicias de los viandantes. Tampoco tenemos una persona que haga las funciones propias de un Ministro de Sanidad, sino que tenemos al Sr. Bernat Soria, político y científico, que lo que mejor hace es sonreír y decir “*estamos trabajando*”.

Por lo tanto, el Ministerio de Sanidad, encabezado por el Ministro Sr. Bernat Soria y el Secretario Sr. Martínez Olmos, junto con los distintos Consejeros de Salud son los corresponsables de que la Sanidad en España se haya convertido en un negocio propiciado por algunas Comunidades Autónomas, que están privatizando la Sanidad Pública.

Ahora bien, si nuestra opinión contra el Ministerio de Sanidad es tan contundente alguien afirmará que dicho organismo existe por algo. Efectivamente, el Ministerio es el encargado de coordinar el SNS, potenciando la cohesión, y velando por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones a los ciudadanos. Pero claro, esta tarea ¿cómo la interpreta el Ministerio de Sanidad? Pues realizando una labor de mero MARKETING, de elaboración de Planes de Salud, Comités de Calidad, Foros variopintos o como ahora la última elucubración: el “Pacto por la Sanidad”. Incidiendo en lo mismo ¿de qué sirve? De nada, porque al final se aprobará pero no lo cumplirá nadie. Sirva de ejemplo el incumplimiento de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS en lo relativo a las listas de espera y que el Defensor del Paciente, por este motivo, tiene denunciado al Ministerio de Sanidad en el Tribunal Supremo.

Una de las soluciones sería la derogación de la Ley 15/1997, que deja a las Comunidades Autónomas un margen amplísimo para negociar con entidades privadas los servicios sanitarios. Tan sencillo como esto, pero al Ministerio no le interesa, es más pulcro y meritorio enfrascarse en “Pactos”, “Planes”, “Comités” y “Foros”.

Esta política de marketing es sólo de cara a la UE, e incluso viaja al otro lado del Atlántico, puesto que hace poco el Sr. Soria, se reunía con asesores de Obama y McCain para explicarles la “eficiencia” del modelo sanitario español. Hecho saleroso, cuando en España la cohesión sanitaria no la cumple nadie.

El ciudadano está harto de escuchar el falso discurso de que “*el paciente es el centro del sistema sanitario*”, máxime cuando el Ministerio de Sanidad no le escucha, no se ocupa de él, no responde a sus reivindicaciones, ni le deja ser partícipe, por ejemplo, en la elaboración del Proyecto de Baremación de daños médicos que están

cocinando médicos, jueces y compañías aseguradoras, dejando a un lado al paciente. El Ministerio sólo se limita a acusar recibo en la fecha que éstos hacen sus peticiones. Es evidente que es un estamento que cada vez tiene menos peso específico, puesto que no asume responsabilidades, derivándolas a las Comunidades provocando un total descontrol.

Es triste que en el Ministerio de Sanidad no haya cabezas pensantes que aborden los problemas que realmente interesan al ciudadano, y que aunque son muchos, los más importantes son:

- En lo referido a las **listas de espera quirúrgica** no hay criterios iguales a nivel de Comunidades al no existir una normativa de estricto cumplimiento (el decreto ley que nunca se llegó a implantar) por lo que algunas Comunidades manipulan las cifras a su antojo de forma partidista. 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, aunque hay estudios que informan de 400.000 personas, habiendo aumentado el tiempo medio en España para intervención, muy por el contrario de lo que nos quieren hacer creer las autoridades sanitarias. Sin embargo, donde las patologías se agravan es durante la espera diagnóstica y de especialidad, que es donde hay que hacer hincapié. Además, se da la circunstancia de que, siendo todos los ciudadanos beneficiarios de la acción protectora de la sanidad pública, tienen derechos diferentes en función de la Comunidad donde residen.
- En lo relativo a los servicios de **Urgencias**, éstos sufren un caos general y el Sr. Ministro en lugar de buscar soluciones afirma que los colapsos que se producen se deben a la gripe. El paciente no acude porque sí a Urgencias, todo lo contrario, muchos de ellos no van a Urgencias porque saben del colapso y se automedican. En otros casos es necesario porque en la Farmacia les piden recetas. Echar la culpa a la gripe es reírse de los ciudadanos, porque la Administración sabe que ocurre todos los años, lo que sucede es que les cuesta reconocer que hay una falta de control y previsión. A nadie se le escapa las saturaciones de los ambulatorios por las mañanas, pero por las tardes están vacíos. ¿Acaso en horario vespertino los médicos están en sus consultas privadas?
- El **déficit de médicos y personal sanitario** que actualmente existe en España es conocido por todos, con escape de profesionales a otras comunidades y a países extranjeros. Existe una mala planificación de recursos y es necesario el propósito del Ministerio para trabajar en unificar “cantidad-calidad”. Aunque la pregunta del millón es: ¿Faltan médicos, están mal distribuidos o la oferta laboral en España no es atractiva? Eso sí, un NO rotundo a los médicos con titulación sin homologar puesto que algunas Comunidades lo están permitiendo con el beneplácito nuevamente del Ministerio de Sanidad, lo que equivale a jugar con la salud de los pacientes.

- La coacción que sufre el paciente para poder reclamar y exigir sus derechos, ya que al médico se le ha otorgado el grado de autoridad, medida desproporcionada e injusta. Nos referimos a las **agresiones al personal sanitario**. Es evidente que toda agresión debe ser castigada con la Ley en la mano, pero se está considerando al paciente como si de un terrorista se tratara. No es justo que una agresión entre ciudadanos en la vía pública se salde con una multa económica por parte de los jueces y otra similar a un médico suponga años de cárcel para el paciente. El médico no es ninguna autoridad, es un trabajador del sector público a disposición del paciente. Si la Administración sanitaria instalara cámaras en los centros sanitarios conoceríamos la realidad para saber qué ocurre. Porque también es cierto que hay pacientes que son insultados y maltratados pero que se ven en una indefensión total, porque el juez siempre dará mayor crédito al informe que redacte el centro del médico agredido que contará con el apoyo de sus compañeros como testigos. Realmente, debería ofrecerse un trato igualatorio ante la Ley pues es cierto que hay casos de pacientes que han agredido a facultativos, pero también hay médicos que han agredido a pacientes. Este es un problema entre personas, no de categorías.
- En las artimañas que utilizan los hospitales **para denegar la historia clínica al paciente**, pese a que por Ley éste tenga derecho al acceso de su documentación clínica. No se entiende que el Ministerio de Sanidad no adopte medidas ante esta vulneración constante que sufre el paciente, y sin embargo, la Agencia Española de Protección de Datos y el Ministerio de Justicia, como han demostrado en sendas reuniones con nuestra Asociación tienen intención de que esto no ocurra.
- En lo relacionado con **los pacientes desplazados por estancias temporales**. Las transferencias han provocado un gran despropósito con ellos. Si una persona se ha de desplazar de una comunidad a otra, no recibe atención sanitaria especializada por su condición de residente temporal, no puede ser recetado, etc. Es decir sus derechos como ciudadanos españoles son conculcados puesto que no se les otorga el derecho a la atención sanitaria normalizada en todo el territorio español, porque no existe una tarjeta sanitaria única. Se ha de empadronar o soportar la desesperante burocracia del papeleo.

En definitiva, a nuestros mandatarios, sean del color político que sean, NO les importa el momento tan delicado que padece la sanidad española. Dato a tener en cuenta es que el Ministerio de Sanidad será el que mayor recorte presupuestario sufra el año próximo. Además, 2008 fue año electoral y la sanidad quedó fuera del debate de los programas electorales. De hecho, en el famoso duelo televisivo entre el Sr. Zapatero y el Sr. Rajoy no se habló de Sanidad. Quizás de antemano pactaron no hablar de este tema porque conocen la desastrosa situación que existe en las diferentes comunidades. Por lo tanto hubiera sido un empate técnico, no les interesaba, no es un tema que consiga captar votos. Curiosamente el Presidente del Gobierno, fue entrevistado en TVE el 28 de Abril, y preguntándole sobre el tema en cuestión afirmó textualmente: *“Todo el mundo en España sabe que la Seguridad Social funciona muy bien”*. Aquel día nuestro

Presidente estaba chistoso o les estaba tomando el pelo a todos los españoles. Como se nota que la familia y los amigos del Sr. Presidente no tienen problemas con las listas de espera, ni con los servicios de urgencias, ni con ...

Siendo justos, tenemos que romper una lanza a favor del Sr. Gaspar Llamazares, que como Presidente de la Comisión de Sanidad, mantuvo una cordial reunión con nuestros representantes en el mes de Mayo, donde le informamos de todas estas cuestiones y dio traslado de las mismas a la Mesa del Congreso de los Diputados, sin obtener respuesta alguna hasta el momento.

COMUNIDADES MÁS DENUNCIADAS, HOSPITALES, Y PATOLOGÍAS

1. MADRID (4.111 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

Madrid sigue ostentando el deshonroso galardón de ser la comunidad más denunciada y más condenada por los Tribunales, según nuestros datos. Con una gestión totalmente deplorable, marcada por las huelgas en Atención Primaria, la privatización de algunos servicios y la vorágine de abucheos con los que de manera continua la Presidenta de la Comunidad y el Sr. Consejero han sido obsequiados en cada visita hospitalaria. En Madrid los beneficiarios de la acción protectora de la sanidad pública están pasando de ser pacientes a, sin su consentimiento, ser clientes de entidades privadas que se están lucrando a costa de la descapitalización de la sanidad pública.

Esperanza Aguirre ha convertido la sanidad madrileña en un negocio para empresas privadas, muy atentas a la gran oportunidad de hacer caja. La Comunidad de Madrid está manipulando con dinero público la sanidad madrileña con la privatización de la gestión de los nuevos hospitales, la gestión de centros de especialidades como el de Pontones o Quintana (donde han entrado sociedades privadas ocupando espacios y consultas, propiedad del Estado, y acometiendo reformas sin advertir ni informar a los profesionales, ni a los pacientes, de dicho proceso), la gestión de los cuatro futuros hospitales (Villalba, Carabanchel, Móstoles y Torrejón) y además la gestión de los servicios no sanitarios de los grandes hospitales públicos (Ramón y Cajal, La Paz, Doce de Octubre y Gregorio Marañón). Así, está sometiendo a la sanidad pública madrileña a

un proceso continuo de privatización inútil, innecesario y perjudicial que supone un enorme beneficio para las empresas privadas que han entrado, pero con tan poca transparencia para los ciudadanos que ha provocado numerosas dudas sobre el procedimiento, su finalidad y sobre el verdadero destino de los fondos.

De nada sirven 8 hospitales nuevos con enormes deficiencias de funcionalidad: sin profesionales suficientes, descoordinación, tremendos fallos de puesta en marcha y carencias que retrasan las terapias de los enfermos.

El nuevo Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda dispone de algunos quirófanos que dan directamente a los pasillos por lo que la falta de asepsia es evidente, además de existir múltiples deficiencias en la seguridad laboral, como la falta de calefacción y televisión. El Hospital Infanta Leonor (Vallecas) fue inaugurado a finales de Febrero de forma ilegal sin licencia de apertura, incluso sin finalizar el acceso al mismo, sin un parking gratuito, en Junio ya tenían la agenda cerrada hasta Diciembre para consultas de traumatología y algunos pacientes nos denunciaron que carecían de medicación y fármacos para suministrar a los enfermos, como le ocurrió a D^a. B. C. L., que además fue abandonada 24 horas en un sillón de Urgencias, se rompió la cadera y falleció por falta de atención médica. También en este centro D^o. F. D. V., de 20 años de edad, nos denunció que se lastimó el pie y acudió a Urgencias diagnosticándole un esguince, pasados unos días y viendo que estaba peor acudió al Hosp. Gregorio Marañón donde sorprendentemente descubrieron que tenía 5 fracturas. El Hospital de Henares por culpa de la falta de medios y médicos tuvo que soportar que familiares con patologías graves se amotinaron por sufrir esperas de 8 horas, el hospital carecía de hojas de reclamación e incluso una paciente tuvo que dar a luz un feto muerto en el baño sin que nadie mostrara interés por su caso. El Hospital del Tajo (Aranjuez) derivó a parturientas al Doce de Octubre por falta de medios para poder dar a luz. El Hospital de Valdemoro al poco de inaugurarse presenta también escasez de personal, impago a proveedores y déficit presupuestario. En el Hospital Infanta Cristina (Parla) los problemas fueron continuos con el suministro de materiales por parte de las empresas contratadas y algunas enfermeras tuvieron que soportar jornadas de hasta 17 horas diarias. En mencionado hospital, el paciente D^o. P. G. G., el 30 de Octubre, sufrió un hecho realmente inexplicable que demuestra la auténtica descoordinación que existe, pues teniendo que ser operado de hernia inguinal derecha fue operado del lazo izquierdo colocándole una malla innecesariamente. En el Hospital del Sureste (Arganda) los pacientes se sublevaron por la falta de ginecólogos y en ocasiones tuvieron que derivar a enfermos a otros hospitales como consecuencia de romperse el sistema informático y no poder realizar radiografías. En el Hospital de San Sebastián de los Reyes en Junio las agendas de ginecología y cardiología ya estaban cerradas para 2008.

A día de hoy son centros sin actividad, que de entrada tienen las Urgencias colapsadas porque ofrecen un número de camas que es la mitad de la demanda, no disponen de analistas clínicos, inmunólogos, microbiólogos, etc. Son hospitales que no tratan en Urgencias 18 patologías normales como los politraumatismos, neurocirugías o quemaduras de grado mayor. Paradójicamente en los antiguos hospitales se han reducido camas y personal, mientras que con la apertura de los nuevos, no se ha experimentado un descenso de afluencia.

El modelo sanitario utilizado para reducir las listas de espera ha sido un rotundo fracaso. El dicho de que *“ningún madrileño espera más de 30 días para operarse”*

sigue siendo una farsa, conlleva una serie de cláusulas que la Sra. Aguirre no matizó en el momento de pronunciar tan famosa frase. Por ejemplo, los pacientes que se niegan a acudir a la privada, por mandato de la Comunidad de Madrid, para ser operados son amenazados con esperas de hasta dos años o se les pone, otra vez, al final de la lista como represalia. Esto resulta un verdadero fraude para los pacientes, que son derivados a clínicas privadas que no han elegido para ser operados, por cirujanos que desconocen y que no han participado en su evolución médica. Es más, para maquillar los resultados, el paciente sólo es incluido cuando ha pasado la última consulta con el anestésista, saltándose todo el periplo anterior. De esta forma se puede manejar perfectamente y a conveniencia el número de pacientes en la lista, bastaría con retardar la cita con el anestésista para reducirla.

Si alguien pensaba que con la entrada de los nuevos hospitales se reducirían las cifras, nada de nada, con lo anteriormente expuesto queda aclarado. Las cifras que fija la Consejería no son verosímiles. Un paciente puede estar un año hasta que se le cita para pruebas diagnósticas de una patología grave y luego transcurrir otros seis meses hasta que obtiene los resultados. El SERMAS no facilita datos reales en base a números de las personas que se encuentran en espera operatoria, pero son alrededor de 45.000 madrileños. Cirugía cardíaca, maxilofacial y otorrino, son las especialidades con más usuarios pendientes. Recordemos el caso de D^o. J. V. J., un señor mayor con un problema de infección en la boca desde Mayo y que en su ambulatorio de Moratalaz le dijeron que tenía que realizarse una radiografía panorámica, citándole para ¡Junio de 2009! ¡Tremendo!

Los numerosos colapsos de las Urgencias de los hospitales madrileños ha sido otro tema en el candelero, fundamentalmente por la falta de personal y camas, como resultado de la reducción del gasto público, originando no poder hospitalizar a los pacientes, dejándolos de manera dantesca en boxes y pasillos, como ocurrió con varios enfermos en el Hospital de Móstoles que pasaron hasta dos días ingresados en sillones. Todo ello por falta de previsión, porque las epidemias de gripe se suceden año tras año en idénticas fechas; que no nos confundan. Dato significativo fue la dimisión de la jefa de Urgencias del Hosp. Ramón y Cajal, en Abril, por la precariedad, y la Consejería dejó al mando del servicio a un residente. Ligando este asunto con la creación de los nuevos hospitales, también es falsa la promesa electoral de que éstos absorberán hasta un millón de urgencias al año, a las pruebas nos remitimos.

En Atención Primaria, la falta de inversión es clamorosa. La huelga de médicos arrojó la cifra de unos 550.000 pacientes afectados, todo motivado porque los miembros del ejecutivo regional fueron incapaces de escuchar las razonables reivindicaciones esgrimidas por este colectivo en cuanto a mejoras laborales. Y es que la falta de médicos es acuciante, sobre todo en especialidades como pediatría, ginecología y anestesiología.

Muchas promesas incumplidas ponen en entredicho la sostenibilidad de la sanidad madrileña. Aventuramos que la próxima será la libre elección de centro de salud y hospital, porque se nos antoja inviable. Por otro lado, otras decisiones son ridículas y vulneran el derecho a decidir del paciente, como la entrada del clero en los comités de ética de los hospitales.

Insistimos en que es una gestión errática y que conlleva poner en peligro la vida de muchos pacientes, como ha venido produciéndose a lo largo del año, donde parte de lo anteriormente reseñado fue el detonante de: el abandono y desahucio que sufrió el niño de 20 meses A. A. por parte del Hosp. Doce de Octubre donde fue infectado por klebsella y que finalmente salvó la vida en un hospital extremeño; la muerte en Febrero por infección hospitalaria en el Hosp. Clínico de D^a. A. G. E. tras ser operada de rotura de tibia y peroné; lo que le ocurrió a D^a. S. A. de 87 años de edad y con 35 kilos de peso dejada a su suerte seis días en un pasillo de Urgencias del Hosp. La Paz; la Sentencia judicial que se emitió en Abril por la que se condenó al Sermas quedando probado que en 2002 fallecieron 11 pacientes en la UCI del Hosp. Clínico por no adoptar medidas de asepsia; la investigación abierta en Mayo por la Fiscalía para esclarecer 18 fallecimientos en el Hosp. Doce de Octubre por la bacteria "*acinetobacter baumannii*"; la muerte en Abril de la hija de D^a. J. H. M., con sólo 17 años de edad, después de ir a Urgencias del Hosp. El Escorial con dolores de cabeza y no supieron diagnosticarle una meningitis; la vía penal abierta por el Juez en el "Caso Neira" por el retraso en apreciar las lesiones por parte de los médicos del Hosp. de Móstoles y Puerta de Hierro; la muerte de una niña de 4 años de edad en Septiembre tras ser intervenida de un bulto en un brazo en el Hosp. de Fuenlabrada; la muerte de D. J. M. S. de 32 años de edad tras perforarle el pulmón sin motivo alguno al quitarle parte del estómago en el Hosp. Príncipe de Asturias; la muerte del feto de D^a. G. F. E. a la que se le practicó una ligadura de trompas el 19 de Septiembre sin saber que estaba embarazada; la defunción por infección el 2 de Octubre de D^o. A. F. E. en el Hospital Ramón y Cajal causada por una peritonitis al realizarle una colonoscopia, subiéndole a planta directamente tras ser operado, ante la falta de camas en la UCI esos días según confesaron los médicos; y así un largo etcétera.

Ahora bien, pasará un tiempo hasta que la Justicia demuestre que estos casos han sucedido así realmente. Pero lo que nadie nos puede negar es que a través de nuestros servicios jurídicos, a lo largo de 2008, el SERMAS ha sido condenado en 39 sentencias, algunas sangrantes, por negligencia médica, teniendo que desembolsar un total de 2.639.151 Euros. En estas sentencias, los Jueces nos han dado la razón, corroborando lo que denunciábamos: secuelas irreversibles por negligencia médica, retrasos diagnósticos, pérdida de oportunidad, errores de diagnóstico con resultado de muerte, altas indebidas que también derivaron en fallecimiento, secuelas por tratamientos inadecuados, muertes por infección hospitalaria, muerte por demora excesiva, etc.

Con datos tan relevantes, llama la atención que la Consejería de Sanidad, mediante el organismo de El Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid quiera ganar protagonismo para solventar estos casos, confundiendo a los pacientes. Haciendo énfasis en que son un órgano independiente y gratuito. No es cierto, el ciudadano sabe que es un estamento que pagamos todos los madrileños, que nunca irá en contra de sus propios intereses y que lo único que ha hecho, con el poder que le otorga la Comunidad de Madrid, ha sido aprovecharse de un nombre patentado por la Asociación El Defensor del Paciente en el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, con el título de registro de Marca nº 2.626.786. No puede llamarse Defensor del Paciente un organismo que no está dotado de facultades para asumir la defensa de los pacientes ante los Juzgados, entre otras cosas porque dependiendo de la Comunidad de Madrid jurídicamente no sería posible que demandara a esta última; únicamente posee facultades de mediación y conciliación para acuerdos económicos y esto no es el deseo de alguien que ha perdido a un familiar por imprudencia grave.

Ante estas situaciones, que venimos denunciando a lo largo del año la Consejería de Sanidad, recientemente ha presentado una querrela contra el Defensor del Paciente. Lejos de amilanarnos, nos produce satisfacción porque delante de la Justicia y de la opinión pública vamos a poder demostrar que lo que manifestamos es cierto. La reacción de la Consejería es una muestra clara de la forma que tiene de actuar últimamente, sin criterio, no acepta críticas, no se informa adecuadamente antes de actuar, no admite consejos y prefiere mentir a los ciudadanos y adoptar posturas agresivas, injustificadas y fuera de lugar para salir al paso y, finalmente, gastar el dinero que tienen asignado para la sanidad en juicios defensivos, que nacen con el único propósito de amenazar para evitar las críticas. Los últimos hechos más recientes demuestran que quieren querrellarse contra todo el que les critica.

2. ANDALUCÍA (1.538 Casos).

- Sevilla	479
- Málaga	416
- Cádiz	191
- Córdoba	151
- Granada	114
- Almería	72
- Jaén	63
- Huelva	52

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. Carlos Haya
- 2º Complejo Hosp. Virgen del Rocío
- 3º Hosp. Univ. Reina Sofía
- 4º Complejo Hosp. Virgen de la Macarena
- 5º Complejo Hosp. Virgen de las Nieves

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

La política sanitaria andaluza tiene más sombras que luces. Desde hace años venimos advirtiendo la hecatombe que sufre la sanidad andaluza, constatándose y acrecentándose los mismos males endémicos, siempre a costa del usuario de la sanidad pública y de los profesionales que desempeñan su trabajo en condiciones bastante complicadas, dentro de un halo crispado, como consecuencia de ser la penúltima comunidad en gasto sanitario del país.

Esta pasada primavera, gracias a algunos facultativos del Hosp. Virgen de las Nieves de Granada, se tuvo conocimiento del fraude existente en las listas de espera.

Lejos de solucionarlas la administración andaluza decidió “maquillarlas” informáticamente, ante la imposibilidad de responder para cumplir con los plazos. De manera que ningún ciudadano podía superar en el ordenador, más de los 180 días que obligarían al erario público a pagarle la asistencia en un centro privado. 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 fantasmas, daba igual que esto fuese falso. Por citar algunos ejemplos, en Córdoba, 5.000 pacientes pendientes de operarse no aparecían en las listas de espera, o en el Hospital de Torrecárdenas (Almería) el servicio de cirugía anuló intervenciones por una supuesta orden facultativa. Lo cierto es que informativamente se terminaba de manera muy fácil con las listas de espera, tras la manipulación volvían a contar desde 0 los 180 días. Brutal el ardid, e increíble que a fecha de hoy todavía no se hayan depurado responsabilidades. Tremendo que el SAS en lugar de buscar fórmulas para solventar el problema de la lista de espera, su objetivo sea buscar fórmulas de pillería. Las especialidades en Andalucía que mayor tiempo de respuesta acumulan son por este orden traumatología, oftalmología, dermatología y digestivo, siendo Málaga la provincia donde más tiempo se espera para ver a un especialista, a veces hasta 6 meses. De hecho este año, a través de nuestros servicios jurídicos, conocimos dos sentencias en las que los jueces condenaban a dos hospitales malagueños; una al Clínico Virgen de la Victoria por la muerte de un paciente oncológico a causa de la demora en el tratamiento que precisaba; otra al Carlos Haya por la denegación de tratamiento de quimioterapia a un paciente que padecía cáncer de grado terminal en vejiga y que tuvo que acudir a la privada.

Ciñéndonos a los aspectos fundamentales y haciendo una radiografía general, el Servicio Andaluz de Salud presenta el siguiente diagnóstico:

- Colapso de los servicios de urgencias, totalmente desbordados. En parte por falta de medios, en parte por el hecho cierto de que el ciudadano ataja por las puertas de urgencia, para conseguir por la vía rápida, atención especializada, algo imposible desde la atención primaria. La situación es insostenible en época de gripe y estival. Las denuncias por negligencias médicas en este servicio, en ciudades como Sevilla, constituyen el grueso de las que recibimos. Hasta el punto de que en Enero tuvimos que denunciarlo ante la Fiscalía porque la Administración no asumió ninguna responsabilidad ante la violación flagrante del derecho al honor de los pacientes, hacinados en los pasillos, mezclados con otros de patologías diferentes, etc.
- Desastrosa atención primaria. Es imposible hacer un buen trabajo atendiendo 3 minutos al paciente. Eso sin entrar a valorar la inestabilidad laboral del SAS, que está derivando al personal a la sanidad privada. En Jaén la situación es extrema ante la falta de sustituciones en los centros de salud, como ha ocurrido en localidades como Santisteban del Puerto, Castellar o Navas de San Juan, donde pacientes con consultas programadas no fueron atendidos porque no había médicos, ya que los existentes se habían marchado a descansar tras una jornada de 24 horas de trabajo. En Almería el SAS tampoco cubre las plazas médicas necesarias y los médicos de familia del Hosp. Torrecárdenas ya se han concentrado en varias ocasiones por la falta de recursos.
- Falta de infraestructura hospitalaria y servicios: a la cola de las comunidades autónomas, Andalucía tiene la mitad de hospitales que Cataluña, pese a superar en un millón el número de habitantes. En grandes capitales como Málaga urge un tercer hospital, porque el Carlos Haya está un tanto obsoleto. Hospitales como el Reina Sofía de Córdoba vivió situaciones límites por la falta de personal y camas en la UCI donde

se puso en peligro la seguridad de los pacientes, tal y como le transmitimos en Agosto a la Junta. A la falta de hospitales, y por tanto de camas, se suman el desastre de las zonas rurales, donde varios municipios comparten servicios, entre ellos ambulancias, que en muchos casos llegan cuando ya no se puede prestar el servicio. Centros de salud de Granada se ven obligados a diario a cubrir emergencias que debería atender el 061. Para que nos hagamos una idea casi el medio centenar de municipios de Sevilla, en diferentes épocas del año, se quedan sin médicos desde las 15:00 h. Mientras tanto el SAS se limita a prometer que en el futuro, allá por el 2010, se crearán nuevas infraestructuras, y nuevos centros de salud. En Málaga sin ir más lejos, una veintena de pueblos de municipios pequeños (Casares, Yunquera, Alozaina, etc.) se han unido para exigir mejoras sanitarias de diferente índole.

- Fruto de todo lo anterior es la alta conflictividad social que existe en el sector público sanitario. Los ciudadanos se irritan, a veces llegando más allá de las protestas vecinales delante de los ambulatorios, y terminan por perder los nervios y agredir al profesional, lo cual no tiene ninguna justificación, pero habría que valorar y entender por qué se llega a esa situación. De la misma forma, la conflictividad social se genera entre el propio personal sanitario, que día si y día también termina haciendo paros, o protestas varias, en perjuicio siempre del paciente, mal atendido y maltratado.

La falta de médicos y enfermeros en todas las provincias es bestial. En algunos casos el SAS ha obligado a establecer jornadas de 31 horas ininterrumpidas. Andalucía se encuentra entre las comunidades con menos médicos por cada 100.000 habitantes, exactamente un total de 399, por lo que en los próximos años debería aumentar su plantilla más o menos en un 35 %, pese a que en el año pasado se contrataron 110 facultativos suramericanos con el título en proceso de homologación, pero esta fórmula no es la adecuada para prestar una calidad asistencial con garantías.

Málaga es una de las provincias donde el déficit es más notorio. Los pediatras y los anestesistas brillan por su ausencia, de hecho el Hosp. Civil tuvo que suspender 14 intervenciones en un día por la falta de los segundos. Esta carencia dentro de los hospitales malagueños también se puede apreciar en ginecólogos, traumatólogos y neurocirujanos, de hecho, en determinados centros como en Antequera, Vélez y Marbella existen problemas para tratar a los infartados cerebrales por la ausencia de neurólogos. De todos modos la carencia de pediatras es la tónica general, sobre todo en las zonas rurales y a veces como sucede en Huelva, cerca de unos veinte médicos de familia de la provincia han de desempeñar las funciones de éstos. En la misma provincia, otras localidades como El Repilado y Los Romeros, en Agosto se quedaron sin médico teniendo que atender un solo enfermero. Por eso las situaciones más precarias por la falta de sustitutos, se han dado en verano donde centros de salud de Córdoba y Granada (Salvador Caballero, Zaidín Sur, etc) cerraron por las tardes pese a que por norma han de abrir de 8:00 a 20:00 h. En otras zonas de unos 120.000 habitantes, como en la Sierra de Cádiz, es necesario un hospital como están reivindicando con movilizaciones los vecinos de Ubrique, puesto que hay municipios que distan más de una hora en autobús hasta el Hosp. Virgen de las Montañas.

La falta de asepsia en los hospitales también ha quedado latente. En Enero se produjo un brote de *klebsiella pneumoniae* en neonatología del Hosp. Materno de Málaga, con el resultado de 2 bebés fallecidos y una veintena de recién nacidos afectados. Un brote de idénticas características se produjo en Diciembre, en el Hospital Materno Infantil de Jaén, afectando a 5 bebés, de los cuales, 2 fallecieron. El Hospital

del Poniente, en El Ejido, supuestamente por una deficiente esterilización o falta de control, se vio obligado a cerrar sus quirófanos durante una semana por la presencia de un hongo y a raíz de ello quedaron suspendidas 150 intervenciones. En Mayo, el servicio de traumatología del Hosp. Puerta del Mar (Cádiz) también se vio afectado por un hongo. En este sentido, lo peor ocurrió en Mayo, en el servicio de hematología del Hosp. Ruiz de Alda (Granada), donde una colonia de hongos, quizás fue la causa de la muerte de 6 pacientes según está investigando la Fiscalía.

El brote letal en Granada fue otro añadido al revuelo general en el que se encuentra la deshumanizada sanidad granadina: presuntas irregularidades económicas con auditorías externas, aparentes amaños en las listas de espera, despidos por parte del SAS en Julio de 85 facultativos en plena crisis de personal, 500 consultas suspendidas en el Hosp. Clínico por el cese, poco después vuelta de tuerca del SAS ofreciendo 68 plazas con contratos basura, servicios de anestesia y cirugía general del Hosp. Virgen de las Nieves bajo mínimos, ingresos de 4 enfermos en habitaciones de 2 en el Ruiz de Alda, etc.

En otro orden de cosas, la sanidad andaluza se derrumba. Tal cual, y para muestra un botón: en Junio el Hosp. Valle de los Pedroches de Pozoblanco tuvo que suspender consultas programadas al caer parte del falso techo, pocos días después, en el Hosp. del Tomillar tres personas resultaron heridas al caer también parte del techo de escayola. Nuevamente en el mes de Julio una paciente y dos trabajadoras del área de pediatría del Hosp. Materno Infantil de Málaga resultaron heridas por el desprendimiento de un techo. Afortunadamente al final no hubo que lamentarse de nada, pero todo es sinónimo de una gestión errónea por las subcontratas.

A lo largo del año hemos recibido y conocido centenares de casos realmente sangrantes, muchos por presuntas negligencias médico-sanitarias, la mayoría de ellos en los servicios de Urgencias andaluzes. Citemos algunos por orden cronológico. El estado vegetal en el que ha quedado D^a. M. I. C. M, con 28 años de edad, tras permanecer 6 horas en un sillón de Urgencias del Hosp. Virgen del Rocío presuntamente por no recibir atención médica. El caso de D^o. B. C. B y otro paciente más, intervenidos ambos por el mismo médico de hernia inguinal en el Hosp. Infanta Elena de Huelva y que por culpa de coser mal la malla han perdido un testículo cada uno curiosamente. D^o. J. L. M. acudió a urgencias del Hosp. Univ. Puerto Real, con dolor en el pie izquierdo, le dijeron que era artrosis y le vendaron la pierna hasta el muslo, le mandaron reposo y vuelta al hospital en una semana, pero cuando volvió tuvieron que amputarle la pierna por encima de la rodilla. La muerte en Abril, de D^o. L. A. R. G. con 24 años de edad por peritonitis tras ser dado de alta dos veces en el Hosp. de Ronda. El fallecimiento de un malagueño de 19 años de edad tras someterse a una endodoncia en una clínica privada, a causa de una endocarditis infecciosa. La defunción de una jienense de 22 años, en Abril, de parada cardiorrespiratoria tras ser dada de alta en la unidad de Urgencias del Hosp. Médico Quirúrgico de Jaén. Un supuesto abuso sexual por parte de un ginecólogo del Hosp. Clínico de Málaga a D^a. A. L. G. que pusimos en manos de la Consejería solicitando una apertura de investigación. El caso de D^o. A. H. G. que sufre secuelas mayores ya que en el Hosp. Virgen del Rocío durante 4 meses fue víctima por dejadez de que no detectaran el cáncer de pulmón que padece. La muerte el 3 de Junio de una mujer de 30 años de edad en el Hosp. Reina Sofía de Córdoba tras dar a luz por cesárea a consecuencia de una coagulopatía. El surrealismo del que fue víctima D^o. J. B., de 53 años, que tuvo que recorrer tres centros de salud de Málaga por falta de material para

quitarle un punto de la boca. El suministro de un medicación caducada a D^a. F. R. A., de 75 años edad, en el Hosp. Carlos Haya tras ser intervenida de menisco y que le ocasionó una trombosis severa. El escándalo de un cirujano francés, D^o. P. A., que ejercía la medicina en Málaga con un título falso en la clínica “Marbella Clinic”. El fallecimiento en Julio de un niño de 2 años, natural de Las Pajanosas (Sevilla), al que por error de diagnóstico no se le detectó la meningitis que padecía, tanto en la Clínica Fátima como en la Clínica Sagrado Corazón, en ambas trataron sus dolencias como un catarro. Del mismo modo el 5 de Agosto, murió una chica de 19 años tras pasar por 3 centros de urgencias en Almería (Bola Azul, El Toyo y Torrecárdenas), sin que tampoco supieran diagnosticarle la meningitis. La defunción también de D^o. L. I. R., de 64 años, el 15 de Julio, que tras sufrir un ictus en su domicilio, fue trasladado en ambulancia al Hosp. Puerta del Mar de Cádiz, donde fue víctima del lamentable estado del servicio de Urgencias (obras, falta de camas en UCI, etc.) puesto que tras varias horas sin atención sufrió una trombosis. La denuncia de una madre contra el Hosp. de Guadalix (Granada) por la muerte de su hija D^a. E. R. R. en Agosto, de 25 años, tras ser dada de alta donde había acudido con dolores abdominales. La muerte el 14 de Noviembre en urgencias del Hosp. Virgen del Rocío de un paciente oncológico, que falleció rabiando de dolor, producto de una hemorragia interna y que fue dejado sin atención en una silla de ruedas más de 12 horas. La sospecha sobre la seguridad de las salas de radiología del Hosp. Virgen de la Macarena, tras el conocimiento en los últimos 8 años, de 27 casos de cáncer y 6 fallecidos, entre sus empleados, en este tema, como de costumbre el ocultismo del SAS ha sido patente.

Para finalizar nos gustaría hacer una mención sobre la empresa “*José Manuel Pascual Pascual S.A.*”, que abarca varios hospitales de tipo privado y que además son concertados (Hosp. Doctor Pascual en Málaga, Clínica San Rafael en Cádiz, Hosp. Blanca Paloma en Huelva, etc.). Por un lado cabría reseñar la discriminación por razón de sexo, que estos centros infringen a sus enfermeras y auxiliares, obligándolas a llevar falda, sancionándolas si no cumplen con este requisito. Aparte de esto, de esta compañía hemos recibido casos gravísimos por presunta negligencia médica. En abril, D^a. E. S. R., de 44 años de edad, falleció por perforación de intestino, según autopsia, tras haberse sometido a una liposucción en el Hosp. Doctor Pascual (Málaga). En el mismo hospital, en Octubre, falleció un paciente de 43 años de edad y de nacionalidad belga por tromboembolismo pulmonar, 5 días después de haber sido operado de diverticulitis por laparoscopia. Se da la circunstancia que tras 18 meses en lista de espera en el Hosp. Clínico de Málaga, fue derivado a este centro. Y por si fuera poco, en el mismo hospital tuvimos conocimiento presuntamente de la existencia de médicos que sin tener la especialidad, desempeñan funciones en angiología y cirugía vascular, por lo que nos vimos obligados a poner el asunto en manos de la Fiscalía de Málaga, que recientemente ha abierto una investigación penal.

3. CATALUÑA (1.105 Casos).

- Barcelona	888
- Tarragona	124
- Girona	59
- Lleida	34

- Hospitales más denunciados:

- 1° Hosp. Univ. Vall d'Hebron
- 2° Hosp. Univ. de Bellvitge
- 3° Corporació Sanitària Parc Taulí
- 4° Hosp. Clinic i Provincial de Barcelona
- 5° Hosp. de la Santa Creu i Sant Pau

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

La sanidad catalana se tambalea a ríu revuelto entre el debate del copago sanitario, que la Sra. Marina Geli quiere implantar, de manera discriminatoria, y la contratación de médicos extranjeros por la insuficiencia de facultativos.

Pero tal vez, en lugar de exigir al ciudadano pagar un peaje en tiempos de crisis económica por un derecho tan universal como es la sanidad, en la política de la Sra. Consellera debería primar otros aspectos mucho más importantes para mejorar la financiación de la sanidad pública catalana, puesto que el paciente carece de protagonismo dentro del sistema y sólo importa para aumentarle sus impuestos como fruto de una mala gestión sanitaria.

La falta de recursos humanos y materiales, que evidencian hospitales desbordados, debería centrar la búsqueda de soluciones y no fundamentar la gestión en pagar por visita médica. Existen otras prioridades como el desmedido retraso de algunas infraestructuras (Hospital de Viladecans, Hospital Ernest Lluch en Montcada i Reixac, etc). O sin ir más lejos, las ampliaciones de los servicios de Urgencias de los Hospitales Vall d'Hebron de Barcelona y Joan XXIII de Tarragona, desbordados en numerosas ocasiones a lo largo del año por la falta de espacio, con esperas de hasta 5 horas, con enfermos amontonados en boxes, con camas entrecruzadas en los pasillos y donde el derecho a la intimidad brilla por su ausencia. De todas maneras la paulatina saturación de este servicio sucede en el resto de hospitales catalanes. En cuanto a las urgencias de los CAP, sería conveniente la creación de un operativo específico de facultativos de atención exclusiva sin perturbar las visitas programadas, porque lo que pretende el Institut Català de la Salut es delegar competencias médicas a la medicina familiar ante el déficit de especialistas, lo que se nos parece una decisión muy desacertada.

A colación sobre la falta de médicos, cabe señalar que Cataluña tiene una media de 476 médicos y 598 enfermeros por cada 100.000 habitantes, pero por ejemplo requiere 15.000 enfermeros más para equipararse con la Unión Europea., por lo tanto el número es ínfimo e insuficiente. Los médicos de familia son los más escasos, con numerosas plazas sin cubrir, especialmente en Tarragona, por las condiciones laborales poco atractivas a las que está sometido este sector en Cataluña: sueldos bajos y sobrecarga de trabajo excesiva. Ahora bien, el afán de la Sra. Geli por la contratación de médicos extranjeros sin titulación homologada para solucionar este serio problema no es

la mejor solución porque en nada garantiza la calidad asistencial al paciente, que ha de ser atendido por galenos con un título bajo sospecha, por lo tanto una vez más se demuestra la falta de planificación.

Cabría aunar esfuerzos en mejorar el leve descenso de las listas de espera catalanas, reducidas en sólo 4 días para pruebas diagnósticas con respecto a 2007, es decir de 49 a 45 días. Cifras similares al pasado año con un aumento significativo en la demanda de pruebas no urgentes. Sin embargo la media de espera para intervención en Cataluña en estos momentos es de casi 4 meses, siendo las intervenciones de cataratas donde mayor demora se produce, seguidas de las de varices, hernias, colicistectomías o artroscopias. Señalar que la región sanitaria de Lleida es la que más ha aumentado la lista de espera.

Otras divergencias por solucionar en Cataluña son: que los afiliados a la sanidad catalana puedan ser atendidos por la seguridad social ya que a día de hoy el parlamento catalán no lo aprueba, mejoras en la atención de salud mental, la implantación de unidades de diagnóstico rápido, el abandono que sufre la sanidad de las cárceles catalanas, el escaso control de las clínicas privadas, mejoras en la equidad del tratamiento de los catalanes que sufren un infarto agudo ya que un alto porcentaje mueren en el trayecto al hospital porque la atención no es inmediata o por la falta de servicio de angioplastia en los hospitales las 24 horas del día, la falta de coordinación de los servicios de ambulancias en la atención a los pacientes oncológicos del Hosp. Josep Trueta de Girona, la falta de inversión en el Hosp. Joan XXIII, etc.

Como casos reseñables destacaríamos varios. La muerte en Enero de D^a. L. R. R. de 19 años de edad, por hemorragia interna, tras someterse a la implantación de una banda gástrica en la Clínica Cima, y que según los forenses existen indicios de negligencia médica. La muerte en la Clínica Sagrada Familia, también en Enero, de otra paciente de 48 años de edad tras ser operada de obesidad mórbida, por un doctor que dos años antes, ya fue condenado civilmente en un caso similar. La muerte de una tercera víctima de 49 años de edad, en el mismo mes, tras practicarle una dermopilectomía en la Policlínica Barcelona. La denuncia contra una reumatóloga del CAP de Tarragona, presentada por la familia de D^o. A. B., fallecido presuntamente porque la doctora le recetó Metotrexato sin advertirle de los efectos secundarios. El escándalo en el que está implicado el ginecólogo peruano Dr. C. M. que practicaba abortos de forma ilegal en diversas clínicas barcelonesas, hasta el punto de manipular ecografías con la firma de otro especialista. La investigación abierta por un Juzgado de Barcelona contra D^o. S. P. F y D^o. F. J. Q. C., sanitarios de una ambulancia acusados de abusar sexualmente de una paciente inconsciente y difundir luego fotografías de la misma. El inexplicable suceso ocurrido en Octubre, cuando una paciente en Urgencias del Hosp. del Mar de Barcelona apuñaló a otros dos sin motivo aparente. La nefasta atención sanitaria que recibió D^a. J. A. M., de 71 años de edad, por parte del Centro Perecamps y el Hosp. del Mar, con resultado de muerte tras no saber diagnosticarle una fractura de médula espinal y enviarle a su domicilio con un calmante.

4. COMUNIDAD VALENCIANA (998 Casos).

- Valencia 585
- Alicante 366
- Castellón 47

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Univ. La Fe
- 2º Hosp. Gen. Univ. de Alicante
- 3º Hosp. Gen. Univ. de Valencia
- 4º Hosp. Clínico Univ. de Valencia
- 5º Hosp. Virgen de los Lirios de Alcoi

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

Un año más hemos de dejar constancia de la crisis manifiesta en la que se encuentra la sanidad valenciana, a nivel organizativo y funcional, con un modelo de gestión privatizadora de la atención primaria y la especializada, similar al de la Comunidad de Madrid. Los focos del problema se concentran en tres apartados: listas de espera, funcionamiento de los servicios de urgencias y el colapso de los centros sanitarios por el déficit de profesionales. En definitiva, un amasijo de presión, donde los profesionales se las ven y se las desean para proporcionar la mejor prestación asistencial al paciente, que como es habitual es el más perjudicado. El desencadenante es obvio, puesto que la Comunidad Valenciana invierte muy poco en sanidad. Parece ser que en los últimos años para sus dirigentes priman los eventos deportivos y otros intereses, por encima de la salud de sus ciudadanos. ¿Cómo ha gestionado la Conselleria de Sanitat los 1.176 millones de Euros que ha recibido del Estado desde 2004 hasta ahora? Es una incógnita, porque si nos fijamos, el camino a seguir ha sido proclive a dejar la gestión hospitalaria en manos de grandes empresas y fomentar el concierto de diversas prestaciones con clínicas privadas. Por ello, cada vez son más los ciudadanos, con poder adquisitivo, que se permiten el lujo de contratar un seguro privado, que resuelva agilizar tiempos y mejore la calidad. Parece mentira, que para recibir una atención digna la sanidad valenciana se haya convertido en clasista por estas circunstancias.

Una muestra de la paupérrima situación sanitaria, es la atención primaria que está desbordada por completo. Recordemos que en Abril de 2007 se firmó un acuerdo de mejora en los centros de salud en el que se priorizaba en materia de inversión, prestar mayor atención y eliminar burocracia. Pasado más de un año apenas se observan avances ya que la carga asistencial sigue siendo garrafal. En lugar de optimizar las condiciones laborales, los médicos de primaria se ven obligados a doblar turnos ante la falta de doctores. En la región a día de hoy, son necesarios alrededor de 500 médicos de familia más. Los centros de salud de la Vega Baja, Marina Alta y Marina Baixa, fueron los más afectados en este sentido, sobre todo en época estival. Se aplazaron más de 10.000 consultas lo que nos obligó a solicitar la intervención de la Fiscalía de Denia.

La insuficiencia de personal sanitario es una constante. Las especialidades en las que el déficit es mayor son pediatría y anestesiología, puesto que son necesarios cerca de 200 en cada una. Oncólogos, radiólogos, ginecólogos y digestivos, serían los otros

profesionales más limitados, frente al núcleo de esta discordancia, que son las plantillas envejecidas y el aumento de población.

Un solo médico y una enfermera atendiendo poblaciones como Rebolledo y Vallonga con cerca de 3.500 habitantes, más de 1.000 pacientes en el Clot de Joan sin médico de cabecera, Xàtiva y Ontenyent sólo con matronas en los servicios de Urgencias, colapsos en neonatología del Hosp. La Fe por la falta de enfermeros, situación caótica en Calpe al quedarse con sólo 3 médicos para atender una población en verano de 100.000 habitantes, la supresión de la unidad de fecundación in Vitro en el Hosp. de Elche por falta de ginecólogos, la no administración de forma permanente de la epidural en el mismo hospital como consecuencia de no haber anestesiólogos, el centro de salud de Bocairent más de un mes sin cubrir la baja de su médico titular, Urgencias del Hosp. Clínico de Valencia y de la Ribera de Alzira bajo mínimos en número de trabajadores en comparación con otros hospitales en verano, miles de consultas suspendidas en el Hosp. de Denia, atención deficiente en pueblos de la Safor por la falta de sustitutos durante el período veraniego, etc., etc., etc. Son un vivo reflejo de tan mísera situación y de que además el plan de refuerzos ha fallado, fruto de una enorme falta de previsión en una comunidad turística que alcanza su mayor apogeo en la mitad del año. De la misma manera, la asistencia psiquiátrica brilla por su ausencia debido a la fuga de médicos, ya que las promesas de mejora en salud mental, por parte del Conseller, D^o. Manuel Cervera, han quedado en agua de borrajas. Para afrontar todo este conglomerado la Conselleria de Sanitat anunció la contratación de médicos extranjeros, lo que siembra muchas dudas por la homologación del título de éstos.

Esto es la pescadilla que se muerde la cola, es decir, si no hay médicos, las listas de espera se incrementan. Así ha pasado recientemente en muchos hospitales (La Fe, Orihuela, Dr. Peset, Arnau de Vilanova, etc.), en los que por falta de partida presupuestaria para pagar las horas extras de sus médicos, se ha tenido que suspender el plan de las listas de espera creado en 2005, que permitía abrir quirófanos por las tardes con el fin de agilizar tiempos. Por consiguiente, si un paciente en la Comunidad Valenciana el año pasado aguardaba una media de 75 días para intervención quirúrgica, ahora la media de demora puede superar los 110 días.

Son más de 60.000 valencianos los que están pendientes de una intervención, llegando a sobrepasar la espera incluso los 8 meses en algunos casos, cuando se trata de especialidades como traumatología, oftalmología o cirugía general. Llegados los meses de Julio, Agosto y Septiembre la lista de espera se infla aún más. Durante esta época, sirva de ejemplo, el Hosp. La Fe cerró más de 700 camas, dejando de funcionar servicios tales como traumatología, cirugía digestiva, cardiología o neumología.

La manipulación de los datos está a la orden del día. En ocasiones el paciente, es excluido al instante de la lista de espera cuando se acoge a ser operado en una clínica concertada aunque pasen meses, otras veces, cuando solicita cita con el especialista le comunican que la agenda está cerrada y que ya le avisaran. Por lo tanto no existe constancia de datos reales. A veces suceden galimatías como en el Hosp. Francesc de Borja (Gandía) donde algunos pacientes se han sometido a pruebas diagnósticas, y para conocer los resultados se les ha dado cita para Mayo de 2009. Capítulo aparte es la demora en cirugía de obesidad mórbida, sin unos plazos determinados, y si no, que se lo digan a D^o. Eladio Piqueras, obeso de 44 años de Petrer (Alicante). Su caso es archiconocido. Víctima de la manipulación mencionada, lleva ya 6 años a la espera de

una intervención, que subsane las limitaciones que le impiden hacer una vida normal. Al respecto, la Fiscalía abrió diligencias a petición nuestra.

Otro caballo de batalla son los servicios de Urgencias, por el absoluto colapso que padecen la mayoría de sus hospitales, fruto de una mala planificación para dar capacidad a una población que en los últimos tiempos ha envejecido y crecido considerablemente. El Hospital General de Alicante en sus servicios ha dado cobertura diaria a una media de 450 pacientes, lo que conllevó situaciones al borde del caos que hacen plantear la necesidad de un tercer hospital público en la provincia. Las plantillas de los servicios de urgencias cada vez son más cortas por la precariedad en la que han de desempeñar el acto médico. Así, a lo largo de estos meses se han vivido situaciones dantescas, en el Hosp. Francesc de Borja con enfermos sentados en silla de ruedas por la falta de espacio, en la UCI neonatal del Hosp. de Elche donde hubo que improvisar un box anexo, en el Hosp. de San Juan con decenas de camas en los pasillos por la falta de espacio, en el Hosp. Doctor Peset donde D^o. J. R. C. acudió por un problema respiratorio y tras 7 horas de espera para que le dieran el resultado de unas placas que le realizaron se tuvo que marchar sin conocerlo por tener que ir a trabajar, etc.

Si seguimos la cadena, nos damos cuenta, que el desbordamiento de los servicios de Urgencias, muchas veces tiene su origen en la falta de camas. En la Comunidad Valenciana son necesarias 5.000 camas más aproximadamente, para llegar a la media estatal de 3 camas por cada 1.000 habitantes. Castellón tiene un total de 2'53, Alicante 2'58 y Valencia 2'63. Recientemente, a primeros de Diciembre en el Hosp. Comarcal Marina Alta el colapso ha sido descomunal teniendo que derivar a pacientes a clínicas privadas en Benidorm por la falta de camas. El Hosp. Clínico de Valencia por el déficit de camas de reanimación, se vio obligado a derivar pacientes a otras unidades. Peor suerte tuvo un paciente de 52 años, que tuvo que permanecer atado a una cama del Hosp. General de Valencia bastante tiempo y durante varios días, por la falta de camas en la unidad de daño cerebral del Hosp. Doctor Moliner, para impedir que se autolesionara.

Las infraestructuras sanitarias, a grosso modo, por lo que vemos se están quedando pequeñas y degradadas. Dentro de este rango, una vez más las expectativas no se han cumplido, en relación a la construcción de 13 nuevos hospitales que fueron previstos en el período comprendido entre 2005 y 2008. Tan sólo el de Torrevieja y el Padre Jofre se han construido. De momento parece ser una utopía los hospitales de Ontinyent, Torrent y La Vall d'Uxió. Tampoco han entrado en vigor, los cerca de 40 nuevos centros de salud, que fueron presupuestados hace años. Además, la carencia de recursos materiales es palpable. Tal es el caso, que personal y usuarios del ambulatorio de Torremendo (Orihuela) organizaron fiestas en las que se realizaron sorteos para recaudar fondos destinados a la compra de aparatos médicos.

Un tema que ha levantado muchas ampollas, ha sido el negocio que la Generalitat Valenciana ha hecho con las resonancias magnéticas de los hospitales públicos, por un montante económico de 500 millones de euros y que en los próximos 10 años serán gestionadas por empresas privadas. Esto significa una presunta ilegalidad que podría acabar en los tribunales, hasta tal punto, que los propios médicos se están movilizandando y recogiendo firmas para evitar el despilfarro.

Denuncias de otra índole fueron 11 casos de legionela en el Hosp. de La Plana (Vila-real) que la Fiscalía está investigando. También diferentes problemas con las historias clínicas: en el Hosp. Veja Baja caos organizativo en el archivo de éstas y en el área de salud mental de Aldaia almacenadas en los lavabos y por lo tanto violando el derecho a la intimidad.

Otro asunto escabroso, es el número de fallecidos y afectados por cáncer de personal del Hosp. Clínico de Valencia, de los servicios de cocina, mantenimiento, medicina nuclear y lencería, durante el período comprendido entre 2005 y hasta ahora. Supuestamente por fallos en el aislamiento del servicio de radioterapia, contiguo a éstos otros. De momento son 7 los empleados muertos, sobre un total de 12 casos. La jueza que instruye el caso ya ha solicitado sus historias clínicas para poder establecer el nexo causal.

Más cuestiones a detallar que ocurrieron a lo largo del año han sido: la muerte de tres bebés, en menos de un mes, en el Hosp. Marina Baixa (La Vila Joiosa) por sepsis; el caso de un enfermo mental que se abrasó en la ducha del Hosp. de Elche, debido a que supuestamente falló el protocolo de vigilancia creado para que este tipo de enfermos no se autolesionen; intrusismo médico en Castellón, concretamente un falso cirujano plástico estafó más de 20.000 euros a más de 15 pacientes, hasta que fue detenido por la policía; la denuncia de D^o. J. G. N., padre de un niño de 3 años, fallecido en Junio, en el Hosp. La Fe, que según relató todo se produjo por la falta de atención y no haber quirófanos libres; lo sucedido, en Noviembre, en el mismo centro hospitalario a D^a. A. G., de 19 años de edad, parturienta que perdió a su bebé quedando en estado de coma, según sus padres por la desatención en la unidad de maternidad; el fallecimiento, en Octubre, en el Hosp. General de Alicante de D^a. C. S. A. (curiosamente ATS del mismo hospital), de 56 años de edad presuntamente por una falta de atención durante 12 horas del médico de guardia, que tuvo como fatal desenlace una peritonitis; dos semanas más tarde en el mismo hospital otra paciente de 49 años, que acudió a Urgencias por presentar fuertes dolores abdominales, falleció en circunstancias similares tras ser dada de alta; etc.

5. GALICIA (670 Casos).

- A Coruña	313
- Pontevedra	268
- Lugo	50
- Ourense	39

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. Univ. Juan Canalejo de A Coruña
- 2º Hosp. Xeral de Vigo
- 3º Complejo Hosp. de Santiago de Compostela - CHUS
- 4º Complejo Hosp. de Pontevedra
- 5º Hosp. do Meixoeiro

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

Si la sanidad gallega cotizase en Bolsa, no convendría comprar sus acciones, pues revalorizan a la baja fundamentalmente por la lista de espera. Jamás, en nuestros 11 años de existencia, hemos percibido una comunidad peor en lista de espera, tanto diagnóstica como quirúrgica, que lo que hemos observado durante 2008 en Galicia. No se dan cifras reales ni concretas, se maquillan y las agendas cerradas proliferan con mayor asiduidad en los centros hospitalarios.

El sistema sanitario gallego además se rige por un profundo colapso, por la falta de inversión en los hospitales y la falta de personal, ya sean médicos como enfermeras. El deterioro de la sanidad pública está alcanzando cotas insostenibles, sin olvidarnos de la atención primaria con numerosos centros prometidos hace tiempo y que todavía no se han empezado a construir. Por si esto fuera poco, los facultativos del Sergas, en Octubre iniciaron una huelga para pedir mejoras laborales y salariales, para equiparar sus condiciones con el resto de España.

Si en años anteriores la gestión de la lista de espera había sido pésima, cuesta muchísimo entender que no haya mejorado, en base a que el Sergas centra sus medidas en manipular las cifras en lugar de buscar soluciones para reducirlas. Actualmente la media para operarse en Galicia es de 95 días, siendo cirugía cardíaca con 148 días de media la que mayor espera acumula, seguida de neurocirugía con 121, cirugía pediátrica con 113 y traumatología con 106; cifras ciertamente inquietantes. En consultas externas la media es de 75 días, siendo oftalmología y traumatología las que mayor demora acumulan. En fecundación in Vitro, mejor no mencionar los retrasos, porque con creces se supera el año de espera. De todos modos estos datos son teóricos, porque el modo de contabilizar de Sanidade puede generar muchísimas dudas, ya que es probable que de un plumazo se haya excluido a más de 13.000 pacientes de la lista en consultas externas.

La realidad en determinados casos dista mucho de los guarismos de Sanidade y que la lista de espera está haciendo estragos con secuelas irreversibles en algunos pacientes gallegos es evidente: Dº. O. T., de 28 años de edad, estuvo tres años en lista de espera quirúrgica por una fractura en la pierna para al final quedar inválido y sin ingresos; Dº. J. S. también quedó inválido esperando desde 2005 ser intervenido en el Hosp. Xeral de Vigo de prótesis de rodilla por rechazar operarse en un concertado; Dª. F. T. V. llevaba en Noviembre 14 meses en lista de espera para ser intervenida de corazón en el Hosp. Clínico de Santiago; a Dº. J. G. G., de 59 años edad le dieron cita en urología para Febrero de 2010; a Dª. M. B. P. diagnosticada de miomas en ovarios le realizan una ecografía en Mayo en el ambulatorio de Coya (Vigo) y no le dan cita para saber el diagnóstico hasta Enero de 2009; el marido de Dª. A. R. A. falleció en Octubre en lista de espera quirúrgica en cardiología del Hosp. Mexoeiro; etc. ¿Se pone en juego la salud de los pacientes? Sobra la respuesta.

Pero no sólo esto, la lista de espera de hasta 4 meses en cirugía pediátrica en el CHUVI es recriminable donde sus propios cirujanos denunciaron el desvío de niños a la concertada, sospechosamente la espera descende en ginecología del CHOU teniendo trabajadores de baja laboral, la demora en alergología del Hosp. Juan Canalejo es de aproximadamente un año, dos mil pacientes de cardiología en una lista oculta desde 2006 en el CHOP, las demoras en primaria en consultas de pediatría son intolerables, etc.

Y como punto álgido, las agendas cerradas para citaciones, porque los hospitales están desbordados, con el agravante que a veces lo padecen enfermos de corazón y cáncer que esperan hasta un año. Ha sucedido en el Hosp. de Monforte, en el Xeral-Calde de Lugo, en el de Ourense, etc, etc, etc. ¿Qué trampas utiliza Sanidade? Básicamente, al paciente no se le incluye en lista de espera, se le engaña y se le dice que ya se le avisará con el objetivo de no engordar las cifras.

Las Urgencias tampoco se salvan, son servicios sobrecargados de pacientes que no reciben una idónea calidad asistencial porque las plantillas son cortas, con especial atención en A Coruña, Santiago y Ourense, donde algunos de sus profesionales ya han amenazado al Sergas con movilizaciones por las condiciones laborales en las que desempeñan su trabajo, con jornadas abusivas, debido a que no se ha cumplido el acuerdo que se registró en 2006 para médicos de Urgencias. Sólo dos hospitales gallegos, el de Barbanza y Monforte, respetan las 40 horas semanales a sus trabajadores. Cabe apuntar además los continuos colapsos en Urgencias del Hospital do Salnés de afluencia de niños, por las carencias de pediatras en el resto de hospitales.

Y es que la falta de pediatras y médicos de familia es otro de los problemas serios de la comunidad gallega, que no concuerda con la media estatal al disponer tan sólo de 4,16 médicos por cada 1.000 habitantes. En atención primaria y hospitalaria la parálisis inversora es palpable: déficit de neurólogos en el Hosp. Juan Canalejo, falta de ginecólogos de urgencias en el CHOU, escasez de matronas en el Xeral de Vigo, necesidad apremiante de psiquiatras en toda Galicia, la no creación de varios centros de salud en Vigo prometidos hace años con el agravante en la misma localidad del cierre los Sábados de más de una decena de ambulatorios, cierre de centros en verano por la falta de personal, centros de salud sin atención continuada como en Foz, necesidad imperiosa de reformas de los centros de salud de Serantes, Baión y Federico Tapia, retraso en el funcionamiento de los centros de salud de San Cibrao y Entrerríos, etc, etc, etc.

Para colmo, los pacientes adolecen otro tipo de irregularidades como la no entrega de sus historiales clínicos, como parece que es norma habitual en el Hosp. Xeral Calde de Lugo, en el CHUS y en el Hospital Novoa Santos de Ferrol, por lo que hemos tenido que denunciarlos a la Agencia Española de Protección de Datos. Además, el cierre de una sala de reanimación del Hosp. Juan Canalejo a consecuencia de un brote infeccioso por falta de asepsia, la utopía del compromiso del Sergas a resolver las quejas de los pacientes en un mes y el aumento en el fraude por bajas médicas, han sido otras cuestiones a destacar.

Mención especial merecen otros casos concretos. Lo sucedido a D^a. A. M. G., de 39 años de edad, que dio a luz en Enero en el Xeral de Vigo sin saber que estaba embarazada, a raíz de una serie de errores de diagnósticos. El caso del falso osteópata,

Dº. J. M. L. P. que estafaba a enfermos en clínicas ilegales en Ferrol y Viveiro, a pesar de que el Colegio de Médicos de A Coruña tenía conocimiento de estas prácticas ilícitas desde 1999. La triste historia de Dª. M. L. F., que en Abril de este año, encamada 5 meses en el CHUS, llevaba esperando, desde 2007 con una prótesis de rodilla infectada, a que la administración sanitaria decidiera adónde operarla. La muerte en Mayo de Dª. N. A. F. a los 22 años de edad, por trombosis pulmonar no detectada, tras acudir en 48 horas a los servicios de urgencias de dos centros de salud y el Hosp. do Meixoeiro.

6. CASTILLA Y LEÓN (661 Casos).

- Valladolid	153
- León	149
- Burgos	83
- Salamanca	81
- Ávila	60
- Palencia	51
- Zamora	37
- Segovia	36
- Soria	11

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

Aunque con respecto a 2007 el número de denuncias que hemos recibido ha sido menor, la precariedad en la que en estos momentos se encuentra sumida la Sanidad en Castilla y León no es óbice para adoptar medidas de índole urgente, siempre que se conjuguen voluntad y compromiso económico.

La sanidad castellana y leonesa ha quedado deterioradamente marcada por la huelga de médicos de principio de año, en la que se reivindicaba cuestiones laborales y salariales, siendo una vez más el paciente el que ha sufrido los mayores perjuicios, por los colapsos en Urgencias, y la anulación de citas e intervenciones. Febrero, Marzo y Abril, fueron meses de perennes fracasos en las negociaciones entre los médicos y el Sacyl, utilizando al paciente como moneda de cambio, dentro de un clima de absoluto caos sanitario. El saldo que arrojó este paro intermitente, y que concluyó a mediados de Abril, fueron de 10.000 intervenciones y 180.000 consultas pendientes respectivamente. La desorganización originó varias situaciones dantescas, generalizadas en la mayoría de

los hospitales, en las que se ingresaban a los enfermos a primera hora de la mañana y después de unas cuatro horas se les daba el alta a su domicilio sin informarles de nueva fecha.

Esta huelga también ha repercutido de forma desfavorable en las listas de espera. Aunque en líneas generales se ha incrementado la actividad sanitaria, todavía existen largas demoras en diagnóstica y quirúrgica por estas circunstancias, en las que en muchos casos no se han cumplido las medias fijadas por el Sacyl: 100 días para intervención, 30 días para consulta externa y 20 días para prueba diagnóstica. De este modo las patologías que más retraso acumulan son traumatología, urología, ginecología y oftalmología, con una cifra alrededor de 25.000 pacientes, actualmente en espera de operación, muy similar a la demora del pasado año. No es de recibo, que pacientes con patologías precancerosas hayan tenido que esperar hasta 8 meses para citología en el Complejo Asistencial de Zamora.

Toda esta situación ha generado un colapso sanitario, en el que prima poner remedio a la saturación y a la falta de camas. Es intolerable que en pleno siglo XXI, el Hosp. Rodríguez Chamorro de Zamora tenga habitaciones sin baño y ocupadas hasta con 6 camas por la falta de espacio como ocurrió en el mes de Enero. En la misma época del año, por falta de previsión, tanto el Hosp. Virgen de la Concha, como el Hosp. Río Hortega, tuvieron que suspender intervenciones programadas también por la carencia de camas, dada esta situación, no se entiende la limitada capacidad asistencial del futuro hospital en el último de éstos. Pero no nos olvidemos que Segovia, donde las movilizaciones a lo largo del año de los ciudadanos han sido significativas para que no se cierren las consultas de primaria en el Policlínico, es la provincia que menos camas tiene de la región, 2,41 por cada 1.000 habitantes. En el Hosp. del Bierzo, la polémica se desató entre los facultativos en el mes de Junio por la permanencia en Urgencias durante días de un enfermo infectocontagioso, ante la falta de camas, sin unas condiciones normales de aislamiento, donde se puso en riesgo al personal y a otros pacientes.

Otros menesteres a enmendar son: la falta generalizada de especialistas en Castilla y León con una plantilla envejecida, que precisa alrededor de 4.000 médicos más (oncólogos, anestesistas, ginecólogos, pediatras y traumatólogos esencialmente); la falta de médicos de cabecera que dificulta las sustituciones en verano; la crisis sanitaria en la que se encuentra sumida Ávila a todos los niveles (plazas insuficientes de diálisis para enfermos renales, reducción en tres horas diarias para análisis de sangre, carencia de oncólogos, cardiólogos y enfermeros, etc); solventar el problema que genera las peonadas, con contratos basura para enfermeras, auxiliares y celadores, por la escasa retribución que generan a favor de la privatización de servicios; el apremio de oftalmólogos en el Hosp. Santos Reyes de Aranda del Duero que evite la suspensión de operaciones; el déficit de enfermeras; la necesidad de uvis móviles en localidades como Briviesca (Burgos) y Guardo (Palencia); las deficiencias que sufren los pacientes sorianos, que son los grandes damnificados de la sanidad castellano y leonesa, son los que más sufren las listas de espera por las numerosas vacantes de especialices que existen en Soria y que les obliga a desplazarse a otras comarcas; la descoordinación en las Urgencias del Hosp. del Bierzo por la falta de previsión; las deficientes condiciones higiénicas en el Hosp. Provincial de Zamora con la presencia de ratones y cucarachas; etc.

La necesidad de nuevos hospitales, por diferentes motivos y en determinadas provincias también ha de ser una de las prioridades en materia de inversión. En Palencia por las dificultades de acceso geográfico en el trayecto hacia el Río Carrión, que entraña la montaña palentina para acceder a otros centros hospitalarios de la misma provincia y de León. También un tercer hospital en Valladolid por ser una población creciente y envejecida. La creación de un hospital en Benavente que descongestionaría la saturación en la comarca de Zamora. La zona del Tiétar también lo precisa de forma indispensable desde hace años, haciéndose oídos sordos a las reivindicaciones de sus vecinos.

Otro de los males endémicos, es el ostracismo que viven los enfermos oncológicos de algunas provincias. Bien sean los de León que han de desplazarse a Valladolid para recibir radioterapia o los pacientes oncológicos de Ávila. Éstos han de trasladarse hasta Salamanca debido a que el Hosp. Ntra. Sra. de Sonsoles carece de este tipo de especialistas, lo que nos obligó en Noviembre a solicitar la intervención de la Fiscalía por el desahucio de los pacientes oncológicos abulenses, en una provincia donde el desconcierto sanitario ha alcanzado límites insospechados en los últimos meses del año. Esta situación probablemente fue el detonante de la muerte de D^o. F. M. S., que en Junio fue diagnosticado en el Hosp. Ntra. Sra. de Sonsoles de cáncer de estómago, pero se le informó que la situación no era grave y que se le operaría en Septiembre por la falta de oncólogos. Desgraciadamente falleció durante la espera por pancreatitis el 27 de Agosto. De todas formas, éste no es un hecho puntual en Castilla y León, ya que también en Noviembre, el Complejo Asistencial de Zamora se quedó sin los tres oncólogos que tienen, dos de baja y otro ausente por razones desconocidas, dejando a varios enfermos sin tratamiento de radioterapia.

En otro orden de cosas, cabría señalar, que, se están dando diferencias un tanto injustas, tal vez de carácter político, al centralizar las unidades de quemados, cirugía pediátrica, hemodonación y hemoterapia en Valladolid, olvidándose de León.

Prueba inequívoca del funcionamiento ineficaz del servicio 112 de Emergencias en Castilla y León fueron dos tristes sucesos. La muerte en Mayo de D^o. M. P. D., concejal de Fuentespreadas (Zamora), tras tardar más de una hora en acudir la ambulancia, sin médico ni enfermera. También el 16 de Agosto falleció otro paciente, en este caso de La Adrada (Ávila), tras sufrir un aneurisma de aorta, su familia avisó al 112 que tardó media hora en acudir para llevarle al consultorio de esa localidad, pero por la burocracia administrativa en lugar de trasladarle a un hospital de Madrid, que era lo más cercano para que le viera un cirujano cardiovascular, se le trasladó hasta Salamanca, ¡a 175 kilómetros!, pero fue demasiado tarde.

Es inevitable no pasar por alto casos como la situación kafkiana que vivió D^o. G. C. R., joven de 21 años de edad que en Junio estuvo ingresado 24 horas en una habitación del Río Hortega y fue visitado por un médico “fantasma” pues al día siguiente en el hospital decían que nadie le había tratado, ni visitado, ni prescrito pruebas como hizo el “supuesto” médico; la denegación del Sacyl del tratamiento privado a un zamorano afectado de oftalmopatía tiroidea aguda al que el Procurador del Común le dio la razón; la muerte del bebé de D^a. M. L. T. P. en Octubre por infección hospitalaria, *klebsiella pneumoniae*, en el Hosp. Campo Grande de Valladolid; etc.

En materia de justicia nos gustaría hacer referencia a dos sentencias, por encima de otras tantas que un año más han condenado al Sacyl por la negativa de conceder el

gasto del tratamiento en hormona del crecimiento. Una la condena en Junio de la Audiencia de Valladolid de 20 años de cárcel a una protésico dental por un delito de lesiones, intrusismo profesional y estafa a pacientes. Otra la sentencia en Septiembre del TSJ que ordena el descanso de los facultativos de las zonas rurales tras cumplir la jornada cumplimentaria, anulando el calendario de guardias médicas que imponía 31 horas seguidas, condenando en costas al Sacyl.

7. PAÍS VASCO (576 Casos).

- Vizcaya	329
- Guipúzcoa	163
- Álava	84

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

Como sucede con tantos otros aspectos de la realidad del País Vasco, en los que parece que nada cambia, respecto al Servicio Vasco de Salud – Osakidetza, prácticamente podríamos repetir en su literalidad lo que ya dijimos el año pasado. Esto es, que el sistema autonómico vasco de salud continúa soportando una demanda social que aumenta día a día muy por encima del incremento presupuestario y de la dotación de personal. Como es lógico, ello supone que la sanidad pública vasca se ve condenada a una inevitable situación de “crisis permanente” puesto que el Gobierno Vasco ni se atreve a redefinir el actual modelo sanitario público, ni lo dota de los fondos públicos que necesita, por lo que el mero transcurso del tiempo incrementa su deterioro. Ha de tenerse en cuenta que Euskadi, con tan sólo un gasto público en salud del 5% del Producto Interior Bruto, si lo comparamos con los países de la OCDE, se sitúa a la cola, tan sólo superado por Grecia (4,3%).

Ahora bien, Dº. Gabriel Inclán, el Consejero de Sanidad, dado que los problemas de fondo persisten y ni siquiera se llegan a plantear posibles soluciones, ha concentrado sus esfuerzos en que no se repitan los episodios de huelgas y movilizaciones del año pasado y de principios de este año que pudieren suponerle un evidente coste político en las próximas elecciones autonómicas que se prevén complicadas. Para ello, no ha dudado en otorgar las mejoras salariales que le solicitaban los colectivos sanitarios (cuyas reivindicaciones no ponemos en cuestión), como modo de desactivar un

conflicto con enormes costes de imagen personal, haciendo bueno el dicho de que “a escote todo es barato”.

Mientras tanto, Osakidetza sigue incumpliendo el mandato del Parlamento Vasco sobre revisiones ginecológicas a las ciudadanas vascas; las listas de espera en especialidades siguen incrementándose, especialmente en oftalmología, traumatología, dermatología y ginecología, según datos del propio Departamento; igualmente, las listas de espera en salud mental son interminables y la psiquiatría infanto-juvenil es prácticamente inexistente; la derivación de miles de intervenciones hacia el sector privado, vía concertación, sigue suponiendo un auténtico escándalo económico cuyas concretas dimensiones la Consejería de Sanidad oculta; la comunidad vasca es una de las peor dotadas en médicos de familia y pediatras, tan sólo superada en escasez de estos profesionales por las comunidades de Murcia, Ceuta y Melilla; además está a la cola de Europa en atención al mayor, apenas hay geriatras; por último, la escasez de médicos en la sanidad pública es una realidad alarmante a día de hoy y las previsiones a corto plazo de jubilaciones agravarán aún más esta situación.

A lo anterior se añade el previsto cierre de ambulatorios en sábados (“optimización de recursos” lo llama Osakidetza), que incrementará aún más la saturación de los Servicios de Urgencias de los grandes hospitales, como Cruces y Basurto que, como es ya tradición, se colapsan por falta de camas en cuanto la gripe llega cada invierno.

Por último, dentro del apartado de pompas y vanidades del titular de la Consejería y de su tan peculiar modelo de gestión, no podemos dejar de señalar la reciente inauguración de la nueva sede del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en Bilbao, en un edificio que ha costado a los contribuyentes más de 14 millones de euros y cuyos costes de limpieza del vidrio de su fachada supondrá para los ciudadanos vascos, según datos del propio Departamento, un total de 24.000 Euros al año. ¿Quién dijo crisis?

8. CASTILLA-LA MANCHA (562 Casos).

- Toledo	232
- Ciudad Real	167
- Albacete	80
- Guadalajara	64
- Cuenca	19

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. de Toledo
- 2º Hosp. General de Ciudad Real
- 3º Complejo Hosp. Univ. de Albacete
- 4º Hosp. General Univ. de Guadalajara
- 5º Hosp. Virgen de la Luz

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

En porcentaje, Castilla-La Mancha es una de las comunidades que notablemente ha bajado en número de denuncias y reclamaciones, casi 100 menos con respecto a 2007, aunque las deficiencias que hemos observado son repetitivas en el tiempo.

Pese a ser notorio que la sanidad castellano manchega ha crecido en infraestructuras y desarrollo, todavía es un vivo reflejo de carencias dentro del ámbito rural, con atención incluso tercermundista como en la comarca de los Montes de Toledo, por citar una zona aunque hay muchas más: problemas de accesibilidad debido a que hay pueblos que distan una hora del centro sanitario más cercano y más de una hora del hospital de referencia, ambulancias sin médico cuando se trata del transporte de pacientes al hospital en pueblos de menos de 20.000 habitantes y sin una dotación adecuada (tensiómetro, glucocard, tablero espinal, camilla de cuchara, etc.), escasos medios aéreos de emergencias y falta de unidades de este servicio, centros de salud sin equipación necesaria (falta de ECG, desfibriladores, pulsiosímetro, etc.), numerosas localidades sin uvi-móvil como Socuéllamos, falta de servicio de seguridad en los centros de salud, no existencia de transporte para médicos y ATS que deben desplazarse en sus propios vehículos para realizar visita domiciliaria a localidades que a veces distan hasta 30 Km., y así un largo etcétera.

A nivel general, los servicios de Urgencias se han seguido colapsando en los primeros meses del año, con decenas de pacientes en los pasillos, especialmente en los hospitales toledanos que ya venían arrastrando esta epidemia ocurrida en Octubre de 2007. El Hospital Virgen de la Salud padeció jornadas infernales tanto para los facultativos con guardias inaceptables, como para los pacientes, con esperas de hasta 24 horas para ser atendidos y sin intimidad, puesto que las medidas de mejora adoptadas por el Sescam, en cuanto a incremento de camas o derivación al Hospital Tres Culturas fueron insuficientes. Los hospitales Gutiérrez Ortega de Valdepeñas y la Mancha Centro de Alcázar también sufrieron conatos similares, por lo que habría que hacer énfasis en derivar pacientes descongestionando el de Alcázar al Hospital General de Tomelloso que no funciona a pleno rendimiento y que ha sido un rotundo fracaso en actividad médica como se refleja en los partos. Por lo tanto, es excesivo contar con 6 hospitales en esta provincia cuando se carece de eficiencia. En el Complejo Hospitalario de Albacete los médicos residentes ante las saturaciones, en Abril se movilizaron hasta las más altas instancias por la falta de plazas suficientes de MIR, que es lo que provoca la sobrecarga asistencial.

Alrededor de 17.000 pacientes en Castilla-La Mancha se encuentran en demora quirúrgica actualmente, siendo la media de espera de unos 62 días, cifra similar a la del año pasado. En atención sanitaria especializada, las patologías con mayor tiempo de espera son ginecología y obstetricia, pediatría, oftalmología, cardiología y otorrinolaringología. A veces para consulta hay que esperar incluso más de 3 meses como sucede en neurocirugía del Hospital General de Ciudad Real. El problema es que

la Ley de Garantías que oferta el Sescam no es del todo transparente, y si el paciente no quiere acogerse puede pagar las consecuencias. Si esto además lo aunamos a la falta de especialistas que padece la región, se originan circunstancias en las que la espera puede ocasionar secuelas irreversibles en los pacientes: como la de un paciente albaceteño que estuvo más de un año para ser intervenido de un neurofibroma en el nervio ciático, con la paradoja de que las pruebas que le remitió su traumatólogo tardaron más que la próxima cita con él; como lo sucedido a D^a. R. C. D. en el Hospital Santa Bárbara que siendo visitada en Enero en reumatología le prescribieron una analítica específica para el 18 de Agosto, obviando su delicado estado de salud; como el caso de D^a. P. P. P. más de un año en lista de espera con el menisco roto; como la niña M. A. V. C. de 3 años de edad de Almagro que sufre hipertrofia amigdalar y que hasta 2009 no la atenderán en el Hosp. General de Ciudad Real por la falta de pediatras; en localidades como Almagro donde la sanidad está colapsada, sus ciudadanos han de esperar hasta 15 días para ser atendidos en sus centros de salud; etc.

La falta de especialistas en la región es otro mal endebles que no se le escapa a nadie puesto que Castilla-La Mancha es la que menos médicos tiene por habitantes de España. Los pediatras son los más escasos, incurriendo el Sescam en un grave error al atribuir a los médicos de familia funciones que no deberían asumir. Recordemos que el Centro de Salud I de Valdepeñas tuvo que dejar de pasar consultas agravando a una centena de niños por la falta de este tipo de facultativos.

La contratación de médicos extranjeros está perjudicando las garantías de calidad asistencial ya que carecen de la formación que existe en España y para homologar los títulos se les exige mucho menos, como a la reciente remesa de médicos argentinos contratados por el Sescam. De este modo, personal sanitario nos denunció ciertas irregularidades y presuntas negligencias acontecidas en el Hospital Santa Bárbara de Puertollano, que nos obligó a poner los hechos en manos de la Fiscalía de Castilla-La Mancha, por la falta de preparación de algunos médicos sin título homologado. A colación de esto, algunas familias nos denunciaron el modo de trabajo de uno de sus anestesiólogos, sin título convalidado, en bermudas y chanclas playeras dentro de los quirófanos (sea Febrero o sea Julio), sin que al parecer le importe el riesgo de infección de los pacientes. Pero no sólo nosotros recurrimos a la Fiscalía, ya que un sindicato médico también denunció al Sescam ante este organismo por recurrir a personal sin la debida titulación para cubrir guardias en Guadalajara, donde el problema se acentuará a partir de 2012 si no se adoptan medidas inmediatas porque las jubilaciones dejarán sin médicos a los centros de salud. Las carencias dentro de este ámbito las hemos venido observando constantemente. El Hospital de Villarrobledo carece de personal suficiente y durante el año no ha practicado partos. En el centro de Quintanar de la Orden por la falta de matronas son los médicos de atención primaria los que atienden a las embarazadas. En verano la situación fue a más por la nula gestión en contrataciones. En Albacete no se pudieron cubrir las vacaciones de los pediatras y en el Hosp. General de Ciudad Real los profesionales de enfermería se vieron reducidos a la mitad.

La guinda de este déficit habría que colocarla en el servicio de emergencias 112 del Sescam, donde desde hace poco las ambulancias acuden sólo con el conductor, que tiene potestad para diagnosticar al paciente, auscultarle, tomarle la tensión y prescribirle medicación puesto que ha recibido un cursillo para el diagnóstico previo, eliminando de este modo al médico y la ATS. ¡Intolerable! El Defensor del Paciente también lo ha

puesto en manos de la Fiscalía. A esto habría que añadir la desastrosa coordinación del nuevo servicio de ambulancias del Hosp. General de Ciudad Real.

Otra problemática a destacar son la profunda crisis que vive la zona básica de salud de Las Pedroñeras (Cuenca) y es que la sanidad conquense es la gran olvidada de la Junta de Castilla-La Mancha, estando en el aire el futuro hospital.

También se nos denunciaron algunos casos bastante graves en el Hosp. Virgen de Altagracia de Manzanares de presunta negligencia médica dentro del servicio de ginecología y obstetricia. Recordemos el caso de D^a. M. J. D. B., vecina de La Solana, que dio a luz en Marzo a una niña, a la que no se le practicó una cesárea a tiempo, quedando en estado vegetativo. Este caso no es único en dicho hospital. O el caso de M. L. P., chica de 15 años de edad, natural de Albacete que falleció en Marzo por un tumor no diagnosticado por su médico de cabecera y el Hosp. Univ. de Albacete.

Para finalizar, calificar como muy positivo el cambio en la Consejería de Salud, puesto que entendemos que el Sr. Lamata es una persona más humilde, coherente y comedida que el Sr. Sabrido en todos los aspectos, sobre todo a la hora de vanagloriar la sanidad castellano manchega como la mejor de España, que es a lo que nos tenía acostumbrados el anterior consejero día sí y otro también, faltando a la verdad cuando cuenta con las mismas carencias que el resto de comunidades y muchos pacientes son derivados a la sanidad madrileña por la falta de atención en algunas patologías.

9. ARAGÓN (433 Casos).

- Zaragoza 350
- Huesca 66
- Teruel 17

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Univ. Miguel Servet
- 2º Hosp. Clínico Univ. Lozano Blesa
- 3º Hosp. General San Jorge
- 4º Hosp. Ernest Lluch de Calatayud
- 5º Hosp. Obispo Polanco

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

La sanidad aragonesa está pecando de falta de eficacia y equidad, poniendo en duda la calidad asistencial del paciente aragonés. Fruto de ello es que lleva arrastrando desde hace años, listas de espera quirúrgicas excedidas y que cada vez van a más. Un aragonés espera una media de 3 meses para ser operado, lo cual resulta excesivo. Es una prueba de que el decreto aprobado en Abril de 2003, que garantizaba tiempos máximos

de demora se incumple. Patologías como cirugía cardíaca, cataratas, prótesis de rodilla y cadera, en muchos casos superan con creces los 6 meses fijados. De esta guisa, sorprende el dato de que los pacientes en espera para intervención de la vista se han duplicado en un año, problema agudizado en hospitales como el Miguel Servet y Lozano Blesa con esperas de 100 días. Además, la demora para ver al especialista tampoco es muy boyante, con una media de 80 días, aguardando por ejemplo unos 40 días para ecografía y 48 para resonancias magnéticas.

Así los hospitales de Barbastro y Alcañiz son los que más demora sufren para consulta con el especialista, con una media de 70 días, mientras que en el Hosp. San Jorge de Huesca la media suele ser de 30 días, algo ilógico e injusto, que origina una enorme diferencia, que es incluso discriminatoria para algunos pacientes, porque dependiendo del lugar donde residen su calidad asistencial varía. Esta desigualdad entre hospitales incide especialmente en patologías como traumatología, neurología y urología. No puede ser que un paciente aguarde 5 meses para ser tratado por un traumatólogo en el Hosp. Royo Villanova y sin embargo si se trata de un paciente del Hosp. Obispo Polanco espere poco más de 1 mes. Ahora bien, la situación es insostenible en algunos centros de salud donde no se habilitan consultas por la tarde como el Grande Covián de Zaragoza, en el que los pacientes han de esperar más de un año en especialidades como cirugía vascular y traumatología.

Mención triste y especial fue el fallecimiento el 9 de Marzo de D^o. L. G. P., de 78 años de edad, que murió tras esperar 3 semanas a ser intervenido en el Hosp. Clínico Lozano Blesa, de una operación urgente de cáncer de abdomen. Según los sanitarios que informaron a la familia debido a no disponer de quirófanos libres hasta después de Semana Santa. En este caso el silencio y la incompetencia de la Consejera de Salud, la Sra. Noeno, fue palpable puesto que era conocedora de la situación y no movió un dedo, como si no le importara la vida de los pacientes.

Todo este cúmulo de circunstancias es el detonante de que el número de seguros privados en Aragón se haya incrementado en un 30 %, sobre todo por la falta de celeridad asistencial que ofrece el sistema sanitario aragonés.

El caos organizativo también se acentúa en los servicios de urgencias, tremendamente saturados, como hemos podido corroborar a lo largo del año, en parte por lo obsoleto de algunas infraestructuras. En Marzo, el colapso en las salas de parto del Hosp. Clínico Lozano Blesa obligó a atender a parturientas en los pasillos, sin que se les pudiese poner la epidural por falta de espacio. En Febrero, el desbordamiento de las urgencias en el Hosp. Miguel Servet fue un mare mágnum, por la mala gestión de las camas en planta. Prueba de ello en mencionado hospital, fue un paciente que falleció en condiciones infrahumanas, sufría una metástasis terminal, pero estuvo esperando 4 días una cama para subir a planta. Ambos hospitales también vivieron situaciones críticas en época estival, ya que llegaron a cerrar hasta 150 camas. De la misma manera, el Hospital de Alcañiz fue víctima del colapso por la reducción de camas durante su renovación en verano.

La saturación, igualmente, se ve reflejada en los centros de salud. En Zaragoza las citas para el médico de cabecera llegan a demorarse entre 2 y 5 días, por la falta de auxiliares en consulta y porque muchos facultativos han de atender a más de 1.500 pacientes por profesional. En Teruel algunos doctores tienen en tarjeta la exagerada

cifra de 2.100 pacientes y probablemente algunas zonas rurales dentro de poco comenzarán a perder prestaciones. Por lo tanto, no es extraño que la atención primaria amenace con acudir a la huelga si no es reestructurada. Sus demandas son justas y variadas: definición de plazos para visitas especializadas, compensación por los desplazamientos y vehículos propios, retribución de las sobrecargas de trabajo en igualdad de condiciones, un plan de atención a la urgencia extrahospitalaria, etc.

Otra de las lagunas es la carencia de especialistas y su mala distribución. La edad de los médicos es encanecida. Muchos de ellos se están marchando a Cataluña, porque las condiciones laborales y salariales son mejores. Aragón precisa al menos 400 médicos más para dar cobertura a sus hospitales y centros de salud, especialmente en Huesca y Teruel, donde los más buscados son los pediatras. En localidades de estas dos provincias como Monzón, Fraga, Monreal o Alfambra, los médicos de familia imparten como pediatras. Otras zonas como el Hospital de Jaca se quedó sin anestesta durante varios días, lo que conllevó problemas muy serios sobre todo a las parturientas, que hubo que derivarlas a otros hospitales con el riesgo que esto suponía, por lo que nos vimos obligados a poner el asunto en manos de la Fiscalía para que se adoptaran medidas, ante la falta de responsabilidad y dejación de funciones de la administración, impasible ante lo que estaba ocurriendo. En especialidades como urología y ginecología, concretamente en Zaragoza, se necesita aumentar medios para mejorar la asistencia. El mal reparto lo podemos observar en Barbastro que tiene un 40% menos de facultativos que Huesca con una población similar.

De importante relevancia fueron otros asuntos que ponen de manifiesto una desacertada gestión sanitaria. Los casos de legionela, que siguen siendo motivo de preocupación, tal como ocurrió con varios presos afectados del centro penitenciario de Zuera. Las demoras de apertura de algunos centros de salud zaragozanos como el de Parque Goya y Actur Oeste. La noticia de que los aragoneses podrán elegir médico de 12 especialidades y centro para ingresar, que suena muy bien pero se nos antoja muy complicado. Los enormes retrasos en la reforma de los quirófanos en el Hosp. Ernest Lluch de Catalatayud, varios meses sin estar operativos. Fallos de prevención en el Hosp. Miguel Servet que en Abril suspendió 50 intervenciones por contaminación en los quirófanos. El abandono sanitario que sufre Sariñena (Huesca) y otros municipios y localidades de su entorno, sin servicio permanente de ambulancia y de su centro de salud, que a veces ha de cerrar cuando el médico de guardia y el enfermo han de atender una urgencia. Retrasos en las operaciones en el Hosp. Miguel Servet por la falta de sangre. Deficiencias en los servicios sanitarios del 061, con escasez de uvis móviles, que por cierto, están gestionadas por una empresa privada que en ocasiones contrata personal no capacitado. La muerte de un niño de 5 años por ahogo en la playa del Ebro este verano, caso en el que la policía abrió una investigación puesto que al parecer el 061 no actuó a la mayor celeridad. Contratos indebidos a enfermeras en el Hosp. San Juan de Dios de Zaragoza. La polémica generada por la ubicación del nuevo hospital de Teruel que está provocando su retraso.

10. MURCIA (351 Casos).

- Hospitales más denunciados:

1º Hosp. Univ. Virgen de la Arrixaca

2º Hosp. General Santa María del Rosell

- 3º Hosp. Rafael Méndez de Lorca
- 4º Hosp. General Univ. Reina Sofía
- 5º Hosp. Morales Meseguer

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

El déficit de personal en los servicios sanitarios, es el problema más candente de la sanidad murciana. En la comunidad murciana faltan más de medio millar de facultativos y enfermeros. Esta falta de personal e insuficiencia de servicios médicos se ha visto incrementada por la reducción de la jornada laboral a 35 horas semanales, que ha generado los colapsos en los servicios de urgencias (con largas colas, camas en los pasillos, etc.) y también ha atascado a los centros de salud dando citas a veces para dentro de 7 días. Con lo cual, los profesionales con los que se cuenta han tenido que doblar turnos para poder hacer frente a la demanda asistencial que se les ha planteado. Sin ir más lejos, los radiólogos del Hosp. del Rosell hicieron guardias de 24 horas cada tres días en verano, por la escasez de la plantilla. En Lorca el déficit de pediatras es preocupante, y al igual que en otras regiones de España, los médicos de familia son los que han cubierto sus funciones. A pesar de esta necesidad de facultativos, este año no se han cubierto la mitad de las plazas de médicos de familia residentes. Como dato esperanzador, en este sentido tenemos que la oferta de empleo público del SMS pendiente de oposiciones es de las pocas que se está salvando de ser congelada por la crisis económica.

Como comentábamos anteriormente, las urgencias de los hospitales se han visto desbordadas al igual que el año pasado. En invierno queda constancia de que estos servicios se quedan pequeños, como ocurre en la Arrixaca, donde a veces casi se ha doblado el número de 40 pacientes, que es la capacidad de cobertura para enfermos en observación o pendientes de ingreso, por lo que los pasillos fueron la vía de solución, que no es lo idónea, por la falta de intimidad y la pésima atención. En el Hosp. Reina Sofía y en el Hosp. Sta. M^a del Rosell la situación ha sido muy similar.

Las listas de espera siguen sin subsanarse, fruto de la falta de inversión, afectando incluso a la atención primaria. Por ejemplo, se han dado esperas de hasta dos horas para pedir cita en consultas externas del Hosp. Sta. M^a del Rosell. En lista quirúrgica, el murciano al igual que en 2007, espera una media de 55 días para ser operado.

Por otro lado, en cuanto a la gestión cabe destacar que Murcia está ensayando el preocupante modelo privatizador de Madrid y Valencia. Para ello Murcia firmó el pasado verano dos convenios con la sociedad pública Gestora de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Giscarmsa) -empresa mercantil unipersonal y sin ánimo de lucro- para promover la construcción de los hospitales del Mar Menor y de Cartagena. El Gobierno Regional tiene la intención de que, si funciona la fórmula, todos los nuevos centros se hagan de esta manera. Pero las

expectativas son desalentadoras remitiéndonos a lo que actualmente ocurre en Madrid y Valencia.

Uno de los datos más alarmantes sobre el SMS es que éste se encuentra en una insolvencia francamente preocupante ¿Se trata de una quiebra técnica? Se habla de déficit de más de 400 millones de euros, quizá 500, que está afectando notablemente a los proveedores, quienes sufren retrasos en los cobros de hasta 11 meses, lo que les supone afrontar grandes dificultades empresariales. Parece que las medidas anunciadas que se están tomando por el ejecutivo regional ante este problema, como ahorro en fotocopias y teléfono (nada más que por esto ¡50 millones de euros!), son insuficientes y además llegan tarde, pues sí podría ahorrarse gastos superfluos sin empeorar el servicio ¿Por qué no se tomó en época de vacas gordas esta medida? Desde el Defensor del Paciente hacemos un llamamiento a los responsables políticos para actuar con prontitud y eficacia.

Otras muestras de las carencias sanitarias son: que Sanidad aplaza otro año las obras del centro de salud de San Antón tras anunciarlas en el 2005; el retraso de puesta en funcionamiento de otros como el de La Aparecida y Los Belones; la precariedad del centro de salud de Puente Tocinos sin urgencias las 24 horas y sin ambulancia; el mal servicio y el abandono que sufre la atención primaria sobre todo en las pedanías, como sucede con los vecinos de Cabezo de Torres o podemos recordar el caso de una niña natural de Barqueros que estuvo a punto de fallecer por la falta de medios; el hecho de que un cambio de una aplicación informática en el Servicio Murciano de Salud (SMS) haya dejado a más de 130.000 murcianos sin tarjeta sanitaria; la falta de celeridad en la atención de los servicios de ambulancias ha sido otra de las principales quejas, este año además ha habido numerosas protestas de sus conductores, encadenándose incluso, por el último concurso adjudicatorio de trabajo del Servicio Murciano de Salud, ya que entienden que se ha beneficiado a empresas privadas de fuera de Murcia; la aparición en contenedores de basura de cientos de tarjetas sanitarias de usuarios del Área III de Lorca; descoordinación en Agosto dentro del servicio de radiología del Hosp. Virgen de la Arrixaca que en ocasiones privó del tratamiento con quimioterapia a pacientes como D^a. F. M. M., que acudía desde Yecla por lo que adicionalmente tuvo que hacer 200 km. más; falta de tratamiento urgente (angioplastia) para pacientes infartados; etc.

Como casos llamativos, hemos de recordar algunos verdaderamente sangrantes. El fallecimiento el 15 de Febrero de D^o. J. J. G. L., disminuido psíquico, en el Centro Ocupacional “Dr. Julio López-Ambit” (El Palmar). Tenía una minusvalía por el cromosoma “x-frágil”, que le obligaba a ingerir toda la comida molida porque si no se asfixiaría. Y desgraciadamente así sucedió, ya que se comió un bocadillo de carne. Su familia ha puesto el caso en los Tribunales al entender que falló el sistema de vigilancia. La muerte también de D^a. S. T. F. en Noviembre, a los 25 años de edad, tras practicarle una cesárea en el Hosp. La Arrixaca. El caso de los 10 falsos dentistas, puesto en manos de la Justicia, y que pasaban consulta en la trastienda de un locutorio en el barrio murciano del Carmen y en un piso de Molina de Segura, sin cumplir los protocolos de esterilización. Además cabe resaltar dos casos muy significativos de muerte por presunta negligencia médica, que pusimos en manos de la Consejería de Sanidad para apertura de investigación, ocurridos ambos en Febrero y en el Hosp. Rafael Méndez. En uno D^a. N. D. C. B. perdió a su bebé porque el hospital no prestó la atención adecuada a sus dolores y la mandó a casa tras suministrarle un calmante. En el otro caso, el

fallecido fue Dº. D. C. H., víctima de un supuesto mal trato y atención deficitaria cuando se recuperaba de una infección de cadera.

Para finalizar, destacar la puesta en marcha de la *PLATAFORMA POR LA SALUD ESCOLAR*, de la que forma parte el Defensor del Paciente, de momento de ámbito regional en Murcia, por la que multitud de colectivos (asociaciones de padres, docentes, personal sanitario, asociaciones de afectados por determinadas patologías como diabetes, corazón, celiaquía, etc.), emprenden una lucha para reivindicar la presencia de personal sanitario en los centros escolares.

11. EXTREMADURA (279 Casos).

- Badajoz 196
- Cáceres 83

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. Univ. de Badajoz – Infanta Cristina
- 2º Hosp. de Mérida
- 3º Complejo Hosp. de Cáceres – San Pedro Alcántara
- 4º Hosp. Don Benito – Villanueva de la Serena
- 5º Hosp. Ciudad de Coria

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

Extremadura es una de las comunidades que más ha empeorado. Si observamos las denuncias con respecto a años anteriores, poco a poco han ido aumentando, producto de un deterioro lento y perdurable.

La alarmante escasez de facultativos, es el dato más negativo, unido al declive y a la crisis que sufre la atención primaria por la excesiva burocracia que obliga al médico a realizar tareas en detrimento de su trabajo y la necesidad urgente de reestructuración de la misma. Impera una mejor planificación de los recursos humanos, aumentando plantillas y reduciendo las horas de guardia, que simplifiquen la presión asistencial, con mejoras laborales para atraer más especialistas a la región. En la actualidad, serían necesarios alrededor de 200 médicos de familia más y unos 50 nuevos especialistas de las áreas de anestesiología, ginecología, urología, cardiología y pediatría. El número de médicos por habitante se encuentra por debajo de la media nacional, para ser exactos 345 médicos por cada 100.000 habitantes, cuando la media en el resto de comunidades autónomas es de 400 médicos. Para hacernos una idea de esta lacra, en verano más de la mitad de los médicos en Extremadura doblaron el número de pacientes, incluso el SES tuvo que recurrir de forma irregular a residentes para cubrir puestos libres en algunos centros de salud como en el de Aldea Moret (Cáceres).

En Extremadura ocurre algo muy similar a lo que acontece en Castilla-La Mancha, es decir, aunque en los últimos años han crecido en infraestructuras y tecnologías de nada sirve si no hay profesionales que den fluidez al sistema. Esta problemática pone en peligro la continuidad de algunos servicios: cardiología y endocrino en Zafra, hemodiálisis y urología en Coria y Navalmoral de la Mata, ginecología y oftalmología en Mérida, etc. Eso sí, sin olvidarnos de la inquietante falta de anestesistas en el Hosp. Virgen del Puerto, donde en Junio el servicio operativamente se tambaleó, funcionando a medio gas, con sólo 4 anestesistas de una plantilla de 14, teniendo que modificar intervenciones programadas, etc. Son varias las localidades donde la ausencia de facultativos es trascendental. Jerte, localidad cacereña de 1.500 habitantes, algunos días en Junio se quedó sin médico. En La Garrovilla (Badajoz) la situación es insostenible, por la falta de asistencia, por la falta de recetas para tratamientos continuados, y esencialmente por la falta de derecho a una atención digna, por lo que sus vecinos se han manifestado y movilizado recogiendo firmas, al igual que ha hecho el Ayuntamiento de Ribera del Fresno (Badajoz) donde ocurre exactamente lo mismo.

La lista de espera es otro de los puntos álgidos, ya que se ha incrementado en el último año en un total de 2.400 pacientes, suponiendo un total de 62.000 extremeños en espera de recibir atención sanitaria, de los cuales, casi 13.000, aguardan una media de 2 meses a ser llamados para intervención quirúrgica. Por ejemplo, en Cáceres, oftalmología es la especialidad quirúrgica que más se demora en todos sus hospitales, rozando los 3 meses, aunque otras patologías como urología y otorrino acumulan retrasos de más de 2 meses. En el área de Badajoz, las operaciones para implantar prótesis de cadera o rodilla son las de mayor dilación con casi 3 meses de media. Aunque el mayor agravio lo padecen los enfermos en demora para prueba diagnóstica, alrededor de 15.000, siendo las que más tardan por este orden, ecografías, mamografías y TAC. Aquí la espera en muchas ocasiones supera los 60 días fijados por la Ley de Tiempos de Respuesta, por lo que conviene aunar esfuerzos para no incumplir dicha normativa.

Dentro de este apartado, los números muchas veces no son lo reales que deberían ser, como le ocurrió a D^o. M. M. B. con más de 240 días en lista de espera quirúrgica de traumatología en el Complejo Hospitalario de Cáceres. Pero el detonante son las agendas cerradas. Ha ocurrido en el Hosp. de Mérida cuando los pacientes han pedido cita con el especialista y no se les ha incluido, diciéndoles que ya se les avisaría por teléfono, es decir, el SES no contabiliza la demora entre consulta y consulta, sino que lo hace a partir de llamar al paciente. Es la manera más sencilla para manipular el cómputo y que al final las cifras cuadren en los plazos marcados por ley. La lista de espera en el servicio de neurología del Hosp. San Pedro de Alcántara ha sido otra de las que ha aumentado considerablemente en los últimos meses.

Aparte, hay que reconocer que los servicios de urgencias extremeños no están tan colapsados como en otras regiones pero ha de haber un margen de mejora. En la actualidad serían necesarios 60 médicos más de Urgencias para poder afrontar con garantías la calidad asistencial que además evitarían los desbordamientos que hemos observado en otras comunidades.

También habría que mejorar otros aspectos. Como el cierre nocturno de algunos ambulatorios pacenses de San Fernando, San Roque y El Progreso que obliga a sus

vecinos a acudir al Perpetuo Socorro con lo que esto supone. Los problemas que han existido con el TAC del Hosp. Virgen del Puerto, averiado varias veces, provocando la consternación de los pacientes que deben trasladarse a Coria y Navalmoral para realizarse un escáner. La necesidad de implantación de servicio de hemodiálisis en los hospitales de Coria y Navalmoral. Las enormes diferencias que sufren los médicos de atención a la discapacidad, de atención a minusválidos psíquicos y residencias de mayores, con respecto a las condiciones laborales del resto del colectivo de la sanidad extremeña.

Si por algo habrá que recordar este año, de forma negativa, será por algunos casos que hemos recibido, ciertamente tremebundos. La muerte en Marzo a los 63 años de edad de D^o. A. P. G. en el Hosp. Infanta Cristina al contraer un virus hospitalario, *staphylococcus aureus*, en la planta de neurología. El fallecimiento, en el mes de Julio de D^o. R. J. P., en el Hosp. Virgen del Puerto, presuntamente por ponerle en lista de espera y no recibir el tratamiento oncológico que precisaba por su patología de forma urgente. La defunción también en Julio de D^o. J. V. D. que fue dado de alta en el centro de salud de Villanueva del Fresno diagnosticado de gases y falleció en su domicilio por una peritonitis según la autopsia. La pesadumbre de D^o. J. E. R. C., padre de un bebé nacido en el Hosp. de Mérida, el 23 de Julio, con graves malformaciones, donde el embarazo fue aparentemente normal y no se les informó de las lesiones que traía el niño. La indignación de D^o. J. M. B., padre de una niña de 7 años que en Agosto se rompió la muñeca, se la escayolaron de forma incorrecta, y que por los tremendos dolores tuvo que acudir a Urgencias del Hosp. de Coria, teniendo que esperar 4 horas para ser atendida porque el traumatólogo de guardia estaba durmiendo. La muerte de una joven de 20 años, D^a. A. L. I., el 26 de Agosto, que fue atendida por un dolor en el brazo en el centro de salud de La Data, se le prescribió un analgésico y al rato en la calle se desvaneció con el fatal desenlace. La reclamación de un paciente, D^o. C. G., del centro de salud Valdepasillas de Badajoz que nos denunció tras haberle realizado un análisis de sangre en Abril, que la enfermera, con el mismo par de guantes, había sacado sangre a unos 50 pacientes. El fallecimiento de D^o. R. G. V., en el mes de Octubre, padecía un problema de neoplasia esofágica que derivó en metástasis, al que la sanidad extremeña desahució puesto que entre demoras y pruebas transcurrieron 9 meses, con falsas promesas de la administración en derivarle a Murcia para operarle por la falta de medios en Badajoz. El sufrimiento de D^a. O. L., de 33 años, que en Octubre, tuvo que dar a luz ella sola en una ambulancia no medicalizada que la llevaba de Almendralejo a Mérida.

Destacar también, la muerte de D^o. V. T. el 22 de Abril con 62 años en la unidad de hemodiálisis del Hosp. San Pedro de Alcántara, y que pusimos en manos de la Fiscalía para investigación, que concluyó archivando el caso alegando que *“el paciente se encontraba en una situación de riesgo vital y que falleció por parada cardiorrespiratoria al dializarse, complicación que supone un riesgo inherente a la hemodiálisis, tratamiento que él necesitaba para seguir viviendo”*. Esto es un absurdo porque poner un tratamiento para tener la misma posibilidad de morir que si no se lo ponen, conlleva que no se le debía de haber tratado si existía la posibilidad de fallecer. Es decir, no ha de existir un tratamiento que propicie un riesgo mayor que el que el paciente tiene con su propia enfermedad, pues en todo caso antes de ello hay que informar a la familia o al paciente. La Ley dice que no se puede hacer más daño del que se intenta reparar.

12. CANARIAS (264 Casos).

- Las Palmas de G.C. 142
- Sta. Cruz de Tenerife 122

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. Insular
- 2º Complejo Hosp. Doctor Negrín
- 3º Complejo Hosp. Univ. Ntra. Sra. de la Candelaria
- 4º Hosp. Univ. de Canarias - HUC
- 5º Hosp. General de Lanzarote

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

En la actualidad es un hecho evidente que la sanidad canaria no carbura. Inmersa en la mediocridad, la lista de espera, la peor del país junto con Galicia, es el punto de inflexión de las tremendas deficiencias que padece. El 62 % de los canarios consideran que el gobierno canario debe invertir más en sanidad. Así lo ratifica el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, donde los canarios son los ciudadanos que menos puntos otorgan a su sistema sanitario. Por lo tanto la política del gobierno canario, encaminada a la privatización ha supuesto un fiasco categórico, incapaz de frenar el incremento paulatino de las listas de espera, donde la calidad asistencial está por los suelos.

Las medidas inmediatas habría que empezarlas por acabar con la política de conciertos, desarrollar una atención primaria mucho más próxima al paciente, con centros de salud bien situados en localidades y barrios, preparados para una atención de salud preventiva, dando servicio las 24 horas al día y dotados de los medios imprescindibles (rayos x, análisis clínicos, etc.). Al mismo tiempo, poner en marcha un plan de choque, más dinámico y efectivo que el actual, para acabar con el lastre de las listas de espera.

La lista de espera, desde hace años no tiene atisbo de solución. Tildada de intransparencia, carece de datos fidedignos por parte del servicio de salud canario que se puedan objetivar, quizás por la existencia de agendas cerradas. La demora quirúrgica es demoledora: 5.000 pacientes llevan esperando desde hace un año para ser intervenidos y otros 20.000 con idéntico fin engrosan esta lista desde hace 6 meses. Números, sobre una cifra global de 40.000 canarios, donde se incluyen también los que esperan prueba diagnóstica o cita con el especialista. A veces, la espera puede rebasar los dos años como le sucede a una canaria de 57 años, que lleva más de 26 meses a la espera de ser intervenida en el Hosp. Insular de reconstrucción intestinal. Mientras, la Consejera D^a. Mercedes Roldós, no se inmuta y afirma que los casos “*están controlados*”. En principio, los casi 50 millones de euros de presupuesto invertidos por el SCS en el plan

de choque de listas de espera, desde noviembre de 2007 hasta la fecha, han supuesto un fracaso estrepitoso. Basta sólo con fijarse en la demora para prueba diagnóstica, concretamente en mamografías: en Junio de 2007 habían poco más de 100 pacientes en espera y a principios de 2008 eran ya casi 800 pacientes. Es evidente que los 60 días de demora fijados no se cumplen ni por asomo, y aparte de las mamografías, las pruebas que más se retardan son la resonancia, el escáner, la endoscopia y la colonoscopia. Tal vez, si los médicos de atención primaria pudieran solicitar la realización de dichas pruebas, el retraso del diagnóstico se podría reducir, pero para ello habría que disponer de más tiempo y de una preparación formalizada junto con los especialistas.

Si a esto sumamos el inadmisibles estado de los servicios de Urgencias por el colapso, el deterioro asistencial se incrementa gradualmente. Los 300 trabajadores de este servicio de Gran Canaria, han vivido situaciones límites, por la presión a la que están sometidos, así en Junio se manifestaron en la capital de la isla para que se hiciera caso a sus reivindicaciones. El funcionamiento de Urgencias del Hospital Insular de Fuerteventura también ha sido desastroso, en Abril, después de 6 horas de espera los médicos del servicio no atendieron a ningún paciente. Como reseña concluyente, en Tenerife llevan 30 años sin crear camas hospitalarias, por lo que la dotación para ingresos hospitalarios sigue siendo la misma que en 1978. ¿Nadie se percata de que la población va in crescendo?

Otro dato más, dentro de esta vorágine deficitaria, son los 600 médicos que precisan las islas en estos momentos (450 de atención primaria y 150 especialistas) y además unos 5.000 enfermeros. En especialidades los oncólogos son los más necesitados y el HUC es el que más sufre este déficit. Dicho hospital carece de celadores (enfermería se encarga de ello), precisa de forma urgente la contratación de técnicos especialistas en laboratorios y rayos, ha cerrado unidades por la jubilación de médicos (en la unidad de cirugía mayor ambulatoria suspendiendo 120 operaciones al mes), etc. Del mismo modo, los centros de salud se quedaron sin sustitutos de médicos de familia que sustituyeran a los facultativos de vacaciones, por lo que a veces hubo que esperar 10 días para conseguir cita previa, incluso se cerraron consultas y centros. Por ejemplo, ocurrió en el del barrio de Lomo Blanco (Las Palmas) donde sus vecinos se manifestaron por la reducción de su servicio. De hecho los médicos de familia de Canarias, en el mes de Junio, con el fin de alcanzar solución a sus reivindicaciones, fundamentadas en contra de la obligatoriedad de trabajar los Sábados en 24 centros, se pusieron en huelga, con paros de tres días seguidos, afectando a unos 12.000 pacientes. Por cierto, también es significativo el gran retraso que acumula la creación de unidades geriátricas en los hospitales canarios por culpa de la escasez de especialistas.

Temas de otra índole son el descontrol existente en el Hosp. de la Candelaria donde los discapacitados que tienen que comenzar tratamiento de rehabilitación se les pone en lista de espera para la ambulancia que les tiene que recoger; el mamógrafo del Hosp. de la Gomera más de un año averiado por lo que los pacientes se tuvieron que trasladar a Tenerife; las averías de uno de los aceleradores lineales de radioterapia de La Candelaria que privó de tratamiento a varios pacientes oncológicos; las pésimas condiciones higiénicas de los tres Centros de Retención de Inmigrantes; la falta de implantación en los hospitales canarios de la tecnología PET, de medicina nuclear, vital para el diagnóstico de tumores; el nulo funcionamiento del Hosp. General de La Palma que más bien trabaja como un centro de salud, pues deriva cualquier intervención por

sencilla que sea a Tenerife y no cuenta con oncólogos; la necesidad de creación de dos hospitales comarcales en Gran Canaria, uno al norte y otro al sureste (Arinaga); etc.

Tampoco quisiéramos pasar por alto que la nueva ley sanitaria prevé la creación de la figura del Defensor del Paciente en Canarias, algo que provocaría una duplicidad de funciones puesto que ya existe, obviamente somos nosotros. Por lo tanto, desde aquí lanzamos un consejo al Gobierno Canario para que si lo pone en funcionamiento lo haga con otro nombre, como ha hecho La Rioja, Extremadura o Baleares llamándolo el “Defensor del Usuario Sanitario”, pues de otro modo nos veríamos obligados a litigar en los tribunales como estamos haciendo con la Comunidad de Madrid, por no respetar un nombre patentado desde hace años en el Registro de Marcas y creado con antelación. De todas maneras, si entra en ejecución será una figura que carezca de independencia al pertenecer a la propia administración como ha quedado demostrado en otras comunidades.

Igualmente habría que puntualizar otros casos de los que hemos tenido conocimiento, algunos de ellos bastante graves, que invitan a la reflexión, para que el SCS evite que vuelvan a repetirse. En Marzo, grave imprudencia a D^a. J. R. D. N., paciente que recibía alimentación por “gastro” y se le conectó la alimentación a la sonda vesical, en el Hospital Febles Campos (Tenerife), por cierto, centro muy deteriorado en cuanto a condiciones higiénicas y donde en verano se denunció la presencia de gatos en zonas de hospitalización. El caso de una familiar de D^o. J. J. A., que en Abril dio a luz un bebé en el Hosp. Ntra. Sra. de la Candelaria, con numerosas secuelas al nacer, porque dejaron a la paciente 20 horas en el paritorio hasta que le practicaron una cesárea. Un error médico ocurrido en 1973 en el Hosp. Ntra. Sra. del Pino, por el cual dos gemelas fueron cambiadas en las incubadoras y fue ahora en 2008, tras 28 años, cuando se conocieron. A raíz de este caso, se supo que otros dos gemelos fueron entregados a familias distintas también en el mismo año y en el mismo hospital, pero con el infortunio de que uno de ellos ya había fallecido y no pudo conocer a su hermano. El enfado de la familia del artista D^o. Guido Kolitscher por el trato que recibió de parte del SCS, que lo envió a su hospital de referencia en Tenerife y lo trasladaron a otro sin atenderle. Lo que le ocurrió en Agosto a D^o. G. S., de 49 años de edad, en el Hosp. de la Candelaria, que ingresó por una hemorragia en la pantorrilla y al cambiarle la medicación de vía intravenosa supuestamente se les olvidó darle un protector estomacal, y como consecuencia casi le costó la vida por la úlcera sangrante que le ocasionó.

Por otro lado, como apuntábamos en 2007, sobre la exagerada mortalidad acaecida en los quirófanos del Hosp. Univ. de Canarias (HUC) por parte del servicio de cirugía cardíaca, en Marzo salió a la luz la auditoría que confirmaba este mal presagio: de 649 pacientes atendidos murieron más de 60 entre 2005 y 2006. Lo paradójico en el asunto por parte del SCS, es que en lugar de adoptar medidas y depurar responsabilidades, se despidió al Dr. I. D. T., que fue el que lo denunció, aunque por este motivo el Consorcio Sanitario de Tenerife ha sido condenado a indemnizarle con casi 53.000 Euros al ser imprecendente.

13. ASTURIAS (228 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Univ. Central de Asturias
- 2º Hosp. de Cabueñes
- 3º Hosp. San Agustín
- 4º Fund. Hosp. Valle del Nalón
- 5º Fund. Hosp. de Jove

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

En rebeldía se encuentra el personal sanitario de la sanidad asturiana, sumida en campaña de agitación y propaganda contra el plan de reformas que propone su Consejero de Salud, en lo que se refiere a la Atención Primaria básicamente. Huelgas, recogida de firmas, movilizaciones, protestas, pega de carteles, etc.; apuntan a un único objetivo: la dimisión del Sr. José Ramón Quirós.

En general existe un deterioro progresivo de la calidad asistencial y desde los años 80 el colectivo médico asturiano no recuerda un clima de crispación igual. La falta de diálogo y la mala gestión del Gobierno del Principado son la causa de la difícil situación que atraviesa la sanidad asturiana, afectando a dos colectivos de forma directa: atención continuada y médicos eventuales. Asturias dispone de buenas infraestructuras, aunque no las suficientes, pero el personal de facultativos y enfermería no está remunerado equitativamente con respecto a otras comunidades.

Una vez más, la gran damnificada del Sespa es la atención primaria. El gran problema es la masificación de sus consultas, con especial incidencia en Gijón, donde en algunos casos existen tarjetas sanitarias de 1.500 pacientes por profesional, una barbaridad, teniendo en cuenta que en Noviembre no se ha renovado a más de 30 médicos eventuales. La polémica se centra en la apertura de las consultas por la tarde y en la retribución de las guardias. Según los profesionales, llevar a cabo las propuestas de Quirós supone desmejorar la calidad asistencial por la falta de profesionales y sustitutos. El personal se queja de que nunca se tiene en cuenta sus propuestas y a lo largo del año ha mantenido conatos de huelga, tras los fracasos de diálogo con la Consejería del Principado y después de secundar paros en el mes de Marzo. Entre sus reivindicaciones también solicitan tener una hora para comer los días de guardia que les deniega el Sespa. Los médicos del Hosp. Valle del Nalón han sido uno de los colectivos que más se han movilizado para mostrar su desaprobación por la jornada de tarde y las guardias, así como denunciar que el Sespa les impide atender 10 minutos a cada paciente.

La búsqueda de especialistas apremia y mucho más si nos fijamos en que la edad del 50 % de la plantilla se encuentra entre los 45 y 54 años, lo que supondrá un alto porcentaje de jubilaciones en los años venideros. Dos de las especialidades que más se

precisan son cardiología y neurología, mayormente en el Hosp. de Jarrio, centro que no encuentra plantilla para cubrir las bajas y que por este motivo un día de Noviembre dejaron plantados a 16 pacientes con cita para cirugía. Los profesionales que más urge encontrar en toda la región son los anestesiistas. No es de recibo, que existan hospitales que no ofrezcan la anestesia epidural, como el Hosp. Comarcal de Cangas del Narcea.

En paralelo a esto se encuentra el Hosp. Grande Covián (Arriondas), que ha padecido una situación caótica a lo largo del año por sus graves carencias, con jornadas de huelga intermitentes del personal, como consecuencia de una financiación impropia, para disponer de una plantilla acorde a las necesidades de atención a un área de 50.000 pacientes. Todo es producto de convertir un hospital público en una fundación privada. Sus usuarios también se manifestaron porque se sienten discriminados en relación a otros hospitales comarcales que disponen de más camas, pese a atender a un menor número de población. El hospital de Arriondas se ha quedado sin pediatría y por consiguiente no podrá atender partos, se ha quedado sin servicio de anatomía patológica (biopsias), no tiene urólogos, no tiene especialistas de digestivo, carece de unidad geriátrica, no dispone de cuidados paliativos, etc. En definitiva parece que lo que el Gobierno del Principado pretende es convertir este hospital en un ambulatorio.

Pero no sólo faltan médicos, también enfermeros. A veces por la irresponsabilidad del Sespa en los recortes de plantilla. En este sentido, recordemos que en Julio, el Hosp. General de Asturias dejó una única enfermera para atender el quirófano de urgencias (durante las tardes, las noches y los fines de semana). Esto es sinónimo de poner en riesgo la integridad física de los pacientes.

Las listas de espera son otro aspecto preocupante. Unos 90.000 asturianos están en espera de ser operados, aguardan consulta o están pendientes de prueba diagnóstica. En espera quirúrgica, la media es de 70 días y las patologías que más demora acumulan son oftalmología (cataratas) y cirugía general (hernias). Con lo que respecta a consulta con el especialista los mayores retrasos son en traumatología, oftalmología, dermatología y ginecología. Y para pruebas diagnósticas, con más de 6.000 asturianos a la espera, las más demandadas por este orden son ecografías, resonancias y escáner. Como medida para paliar las demoras en quirúrgica ha sido derivar un amplio número de pacientes a clínicas concertadas, alrededor de 3.000, cifra preocupante y que desprende un aroma privatizador que de ir en aumento puede desencadenar lo apuntado en otras comunidades. La lista de espera también está repercutiendo en los centros de salud de Oviedo, Gijón y Avilés, a colación de la falta de sustitutos señalada anteriormente, porque a muchos de sus usuarios no se les fija cita el mismo día que la solicitan. Sin ir más lejos en el ambulatorio de Sabugo (Avilés) para consulta con el médico de cabecera mínimo hubo que esperar 3 días. Otros como el de Pola de Siero directamente no cogen el teléfono para cita previa. Por eso, ya son más de 111.000 asturianos los que tienen contratado un seguro privado.

En otro orden de cosas, el número de camas en Asturias es deficitario. Los hospitales públicos disponen de casi 2.900 camas nivel muy bajo para dar cobertura a toda la población, ya que significa poco más de 3 camas por cada 1.000 habitantes, cuando lo normal serían 10 camas.

A nivel general habría que mencionar otros temas. La huelga en las empresas encargadas de la limpieza en los centros sanitarios, allá por Febrero, que se dilató más

de lo previsto, de nuevo, por la cabezonería para llegar a un acuerdo, al mismo tiempo que la situación pudo derivar en infecciones por la falta de asepsia. El abandono que sufre la salud mental, fruto de ello es que la cárcel de Villabona está llena de enfermos psiquiátricos. Asturias fue la región española que más redujo la inversión en tecnología sanitaria según datos de FENIN (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria). La controversia en el Hosp. Central de Asturias por la compra de medicamentos y productos de farmacia que según una auditoría arroja irregularidades económicas. La actitud machista y medieval de D^o. J. F. R., concejal de Tineo, que se opone a la implantación de la anestesia epidural en los partos, porque según su opinión *“así lo dice la Biblia”*. La llamada de socorro de D^a. M. F. G., madre de una chica de 26 años, anoréxica desde los 13, inciéndonos en el temor que tenía a que su hija se suicidase porque en el Hosp. San Agustín no se le estaba dando el tratamiento adecuado a su enfermedad; vergonzosamente la Fiscalía de Avilés se inhibió del tema alegando que no les competía a pesar de que la chica había tenido 15 intentos de suicidio.

Hablando de casos por presunta negligencia médica, hemos de citar: la muerte en Febrero del bebé A. P. R., de siete meses, al sedarle en el Hosp. Central de Asturias para realizarle un escáner y que según el forense, recientemente ha avalado que es posible que la causa fuera el fármaco suministrado para la sedación; el fallecimiento en Abril de la niña de D^a. M. M. en el Centro Materno Infantil de Oviedo; en Julio, una recién nacida que falleció 45 minutos después del parto en el Hosp. San Agustín donde su padre D^o. E. J. S. G., se quejó además del mal trato en el hospital tras su muerte; la falta de atención y error de diagnóstico, en Septiembre a D^a. T. F. en el centro de salud de Llano Ponte y que presuntamente fue el origen del infarto que sufrió.

14. CANTABRIA (211 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla
- 2º Hosp. Sierrallana
- 3º Clínica Mompía

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

Es obvio que algo está fallando en la gestión de la sanidad cántabra, puesto que las listas de espera siguen siendo nefastas, de las peores del país, y la atención primaria hace aguas.

La particularidad del aumento de la lista de espera quirúrgica ha sido arrastrar todas las demoras que ocasionó la huelga indefinida del pasado año. Las obras del Hosp. Marqués de Valdecilla también han contribuido al incremento, así como el cierre de los quirófanos de la Residencia Cantabria. La cifra actualmente se sitúa en poco más de 13.000 cántabros a la espera de ser intervenidos con una media de 150 días de

demora según cifras oficiales, algo bárbaro. Aunque a veces se quedan cortas y no son reales como se nos ha denunciado en determinados casos. Hay pacientes que para una intervención de rodilla en Sierrallana han tenido que esperar más de 9 meses, o para consulta de oftalmología en Valdecilla incluso 8. Las patologías para quirúrgica que más se retardan, y con diferencia del resto, son por este orden traumatología, cirugía general y oftalmología. Las siguientes son urología, ginecología y obstetricia. Pero si el gobierno se fija conseguir una media en 2009 para intervención quirúrgica de 120 días, cierto es que poco se exige si lo comparamos con otras comunidades donde los plazos son menores y más acordes, y no nos referimos a la Comunidad de Madrid.

No cabe duda que la Ley de Garantías de Tiempos Máximos en Atención Especializada no ha funcionado. El pasado año por la huelga fueron muchos los pacientes que hicieron uso de este decreto, en favor de las arcas de la privada, pero derivar a pacientes a otras comunidades ha generado multitud de problemas a los enfermos y a sus familiares.

Entendemos que reducir las listas de espera no es fácil. El inconveniente en Cantabria no es por falta de profesionales, ya que es la cuarta región con más médicos y la segunda con más enfermeros. No obstante, éstos trabajan de 8:00 h a 15:00 h, por lo que el SCS es el que debe buscar la fórmula ampliando horarios por la tarde, dando mayor cobertura, eso sí firmando acuerdos de obligado cumplimiento con el personal, en los que se les dignifique en condiciones laborales y en materia de retribuciones. De todos modos el nuevo bloque quirúrgico de Valdecilla ha de ser un acicate.

La atención primaria es cadente, en concordancia con la situación asturiana, sufriendo un grave detrimento por la política errática que se está produciendo en la gestión de los recursos humanos y que ha generado diversas movilizaciones, amenazas de paros y quejas del personal sanitario, mostrando su disconformidad a lo largo del año, básicamente por el incumplimiento del SCS de los acuerdos firmados tras la huelga del año pasado: se debería incrementar la remuneración de la hora de atención continuada de los facultativos y residentes, el personal de Urgencias de primaria debería percibir una compensación (nocturnidad y festividad) de manutención como el resto de profesionales del SCS, etc. Ante tal panorama, no es de extrañar que los sustitutos de los médicos de familia, prefieran optar por formarse en otra especialidad para obtener mejores condiciones laborales. Por lo tanto, sucede que en determinadas zonas rurales, la sanidad es muy precaria, como en los valles de Iguña y Anievas, donde es necesario un médico de urgencias en el consultorio de Arenas de Iguña, una farmacia de guardia y mejoras telefónicas para dar cita previa.

La puesta en funcionamiento de algunas infraestructuras esconde algunas irregularidades. El futuro Hospital Tres Mares para 2009, en la comarca de Campoo-Los Valles, todavía desconoce cuál será la cartera de servicios y la oferta asistencial. ¿Acaso aún no las tiene? ¿Esta dilación responde a la cobertura que quizás se dé a pacientes de Burgos y Palencia? Por otro lado los retrasos de la construcción en Valdecilla han repercutido de forma negativa en la calidad asistencial del paciente, y las obras parece que nunca acaban.

El dictamen de la Agencia Española de Protección de Datos por el famoso caso de la metadona, fue claro y conciso, alegando que los derechos de los pacientes que

seguían este tratamiento fueron vulnerados, por lo que en Septiembre el SCS fue sancionado por incumplir la normativa al calificarse el hecho como “muy grave”.

Además nos gustaría apuntar algunos temas, un tanto escabrosos, ocurridos todos en el Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla. D^a. V. R. G., un día de Enero, acudió varias veces a Urgencias con proceso febril y fuertes dolores entre la vagina y el ano, llegándole a dar el alta en cuatro ocasiones con diferentes diagnósticos, el último infección de orina, pero no fue hasta la quinta vez en el mismo día cuando, que se encontraba muy grave, cuando un cirujano decidió que había que meterla a quirófano inmediatamente: tenía una fístula, hubo que operarla hasta 9 veces por gangrena de Fournier, con 4 drenajes y realizarle una colostomía quedando con una bolsa de por vida. El 26 de Febrero falleció D^o. J. F. T., de 22 años de edad, tras haber sido intervenido de reducción de estómago por presunta negligencia médica, según nos denunció su madre, la cual, nos explicó que en el momento de agravarse su estado no le atendió un endocrino puesto que el hospital no disponía de ello. En el mes de Marzo, se produjo un brote de legionella en una toma de agua de un edificio del hospital, afectando a 3 pacientes de cardiología y de neurocirugía, uno de ellos desafortunadamente falleció. De otra índole, el 3 de Junio, D^o. I. R. L., médico residente de anatomía patológica apuñaló a otra compañera de igual rango, sin que hasta la fecha hayan trascendido los motivos, aunque el agresor pasó a disposición policial y la afectada quedó fuera de peligro.

15. BALEARES (177 Casos).

- Palma de Mallorca	123
- Ibiza	35
- Menorca	17
- Formentera	2

- Hospitales más denunciados:

1º Complejo Asistencial Son Dureta

2º Hosp. Son Llätzer

3º Hosp. Can Misses

- Servicios y patologías más denunciadas:

1º Traumatología

2º Cirugía general

3º Oncología

4º Ginecología y obstetricia

5º Urgencias

Si por algo habrá que recordar la sanidad en las Illes Balears durante 2008, será por la huelga de médicos que se produjo entre los meses de Abril y Mayo, con más de 2.900 facultativos implicados, donde reivindicaban mejoras laborales y profesionales: el aumento de la hora de guardia, la equiparación salarial de los médicos de atención primaria y especializada, la retribución de los MIR, el reconocimiento de los facultativos de las islas pequeñas, la oferta pública de empleo y la estatización de las fundaciones. El asunto supuso largas semanas de fracasos en las negociaciones, siendo

los centros de salud y el Hosp. Son Llätzer los más afectados por el paro. Con cifras en la mano más del 50 % de las operaciones programadas se anularon, miles de consultas y citas con el especialista fueron aplazadas y más de un millón de pacientes se vieron afectados. Por nuestra parte, fue legítima la decisión del colectivo médico, pero el paciente, de nuevo el cabeza de turco fue el más perjudicado, por lo que nos vimos obligados a poner el problema en manos de la Fiscalía, puesto que entendimos que se estaba incumpliendo los derechos de asistencia de los ciudadanos. Finalmente en Mayo hubo un acuerdo con el Ib-Salut, de mejoras en necesidades materiales, organizativas y humanas, y sobre todo con mejores retribuciones para el personal. Como desenlace, el efecto de la huelga ha sido reprogramar intervenciones y consultas, y por consiguiente un importante aumento en las listas de espera.

De esta forma y por otras razones, a nadie se le escapa que la lista de espera quirúrgica ha subido. En estos momentos, son más de 11.500 pacientes los que permanecen a ser llamados para intervención, con una media de demora de 65 días. Sin embargo, cuando se trata de intervenciones de cirugía general (hernia) o traumatología (rodilla) la media se alarga llegando hasta los 80 días. Los hospitales con mayor número de pacientes son por este orden Son Dureta, Son Llätzer, Manacor y Can Misses.

En otra vertiente, cabría evidenciar que las Illes Pitiüses, sanitariamente hablando, son las defenestradas del Govern. A las pruebas nos remitimos. Que Eivissa y Formentera, en pleno siglo XXI con una población de alrededor de 130.000 habitantes, carezcan de unidad de radioterapia es demencial. Es insólito e indignante que los enfermos de cáncer tengan que desplazarse hasta Mallorca para someterse a sesiones de tratamiento, máxime cuando son islas. Al respecto, pensamos que la carencia de este servicio, es una grave falta de asistencia, por lo que de nuevo, pusimos el caso en conocimiento de la Fiscalía para que mediase en la implantación del mencionado servicio, por sensibilidad y respeto a los residentes pitiüses, que reciben sólo ¡12 Euros! al día para dietas cuando han de desplazarse a Palma. Es decir, una absoluta discriminación y una burla por parte del Ib-Salut que con esa cantidad presupone que les llega para alojamiento, comidas y medios de locomoción. Hasta la fecha el Conseller, Sr. Vicenç Thomas, no ha hecho nada por solventar la situación, pese a las miles de firmas que los ciudadanos han recogido en campañas, y se ha permitido culpar injustamente a los profesionales de Can Misses por no solicitar la unidad para el hospital en su día. De todos modos no sabemos a qué responde que el Govern haya reducido para 2009 el presupuesto en el área de salud de las Pitiüses en unos 6 millones de euros, si nos fijamos en las enormes carencias que soportan: una sola UVI móvil en Eivissa para atender las emergencias de noche; la escasez de recursos y psiquiatras para los enfermos de salud mental; el abandono que padecen los ancianos puesto que no existen unidades de geriatría; falta de camas y personal en Can Misses, en Febrero y Agosto con el servicio de Urgencias completamente desbordado, con pacientes ingresados en boxes; indecisiones en el proyecto del futuro hospital de Can Misses con varias especialidades en duda como neonatología; etc.

El déficit de especialistas y de unidades de radioterapia no son problemas aislados que afecten únicamente a Eivissa. En Menorca la situación también es delicada pues carece de este servicio y apenas dispone de oncólogos. En Junio, se quedaron sólo con uno al renunciar tres, entre ellos el Doctor J. C., que protagonizó un devenir bastante polémico, ya que al parecer amenazó e insultó a otros facultativos del mismo

centro hospitalario, viéndose obligado a abandonar el Hosp. Mateu Orfila para marchar a trabajar destino Barcelona.

A todo lo anterior, se unen otros aspectos por subsanar en Balears. Se cuenta con una tasa de médicos por debajo de la media nacional, para ser exactos 433 médicos por cada 100.000 habitantes, cuando lo normal es que no se bajase de 460. Se han abierto centros de salud (Porto Cristo) sin atención las 24 horas al día, entre otras cosas por la falta de profesionales. Se precisan entre 3.000 y 4.000 donaciones más de sangre al año. Es la comunidad autónoma con mayor deuda sanitaria per cápita según un informe de la Unió Catalana d'Hospitals. Urge la financiación del futuro Hospital de Son Espases, que sustituirá a Son Dureta teóricamente en 2010.

Otra cuestión relevante y de tinte político, ha sido el decreto que regula la exigencia del conocimiento de la lengua catalana, que ha dado mucho que hablar en los últimos meses. Los médicos no quieren ser excluidos de los concursos del Ib-Salut por no saber catalán y por ello se han manifestado frente al Govern. ¿Es más importante la lengua que la calidad asistencial?

Punto y aparte fueron otros casos, que por su singularidad, algunos han levantado una gran polvareda. La detención, tras la denuncia de una menor de 16 años de edad, de Dº. J. P. A., otorrino de Palma, que trabajaba en hospitales públicos y en su clínica privada, por realizar fotos de pacientes desnudas, siendo acusado de delito por abuso sexual en Noviembre. La denuncia contra el ginecólogo Dº. M. M. P. de varios pacientes por comportamiento negligente, dándose la circunstancia que este médico fue sancionado en Julio por el Ib-Salut a la suspensión de empleo y sueldo durante más de 4 años, por las numerosas denuncias de mala praxis que recibieron contra él. El caso de una niña nacida por parto natural el 20 de Octubre, en el Hosp. de Can Misses, que inmediatamente fue ingresada en la unidad de neonatos por problemas en sus pulmones, y cuando fue entregada a su madre, el bebé no paraba de llorar debido a que en su mano tenía heridas profundas por las cánulas que le colocaron; realmente la niña ha sido víctima de una salvajada por las fotos que hemos observado del estado de su mano.

16. NAVARRA (57 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. General de Navarra
- 2º Hosp. Virgen del Camino
- 3º Hosp. Reina Sofía

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

Dejando a un lado el escaso número de denuncias que hemos recibido, la endiosada sanidad de Navarra ha dejado de ser un referente para el resto de

comunidades. El motivo principal es la mínima inversión que el Gobierno Foral destina al ámbito sanitario desde hace prácticamente una década. A partir de aquí comienza la cadena de carencias por la saturación del sistema: aumento de la carga de trabajo, pérdida de la calidad asistencial, condiciones de trabajo bastante deterioradas, mayor número de conciertos con entidades privadas, infraestructuras obsoletas, etc.

Es indudable que el gasto es insuficiente, por lo que cabría perfilar los cimientos del futuro en base a las exigencias del modelo actual. Fijémonos en las Urgencias del Hospital de Navarra o del Virgen del Camino, han sufrido un retroceso como hemos podido comprobar en determinados momentos del año, desbordadas por la falta de espacio, con la mayoría de las camas ocupadas por personas mayores, falta de intimidad, etc. Sirva el dato del bajísimo porcentaje de camas en Navarra por cada 1.000 habitantes, 2'2, cuando la media europea es de 5'9. Es más, la mayoría de los 33 centros rurales no poseen servicio de urgencias específico, es el médico de guardia el que se responsabiliza de ello.

La falta de previsión, dentro del mandato de la Sra. María Kutz, ha sido el detonante de que la atención primaria sea la despreciada por Osasunbidea. Los colapsos en los centros de salud están a la orden del día. En diversos ambulatorios como en Cientruénigo y Castejón, sus profesionales protagonizaron jornadas de paro y movilizaciones solicitando aumentos de plantilla y mejores retribuciones, homologando salarios en relación a facultativos de otras regiones. ¿Cómo se concibe que en los últimos cinco años la comunidad foral de Navarra haya pasado del primer al último puesto en el ranking de sueldos de médicos rurales? No hay por dónde cogerlo. Al respecto, es muy llamativa la nueva iniciativa que en Septiembre ha puesto en marcha la consejería de salud para fichar profesionales que trabajen en los centros de atención primaria, mediante un curso de reciclaje para facultativos que no ejercen, y al que de momento ya se han apuntado unos 70 galenos, que recibirán una formación teórica y de prácticas en 3 meses.

En fin, de entrada, para 2009 ya hay reservada una faceta presupuestaria de 16 millones de euros para pagar horas extras y contratar personal. En este segundo apartado habría también que abundar dado que la escasez de médicos, por la larga etapa de formación de éstos y su elevada edad media, es un problema que se acentuará en un futuro cercano. Aquí lo curioso quizás radique en que no están bien distribuidos, puesto que Navarra junto con Madrid son las comunidades con las tasas más altas por cada 100.000 habitantes, un total de 210 facultativos. Sin embargo, el porcentaje de médicos extranjeros colegiados en la región, un 3%, es muy inferior a la media nacional. No obstante, en determinadas especialidades urgen profesionales de forma imperiosa como es el caso de los pediatras para las zonas de Peralta, Marcilla, Funes o Falces.

Además, es prioritario que las listas de espera no sigan inflándose. Mientras, el servicio navarro de salud, como medidas de solución, sólo emplea la canalización al sistema privado y al pago de peonadas. Es decir, lo que apuntábamos con anterioridad, se amplía la jornada laboral, multiplicándose el gasto en horas extras, pero se deja de lado incrementar los recursos humanos. Por ejemplo, la media de demora para primera consulta con respecto a 2007 apenas ha variado, se ha pasado de 49 días a 47, por lo tanto la gestión, una vez más ha sido errónea.

Harta de penurias, destaquemos otros asuntos ocurridos en Navarra. El traslado en ambulancia de una mujer acuchillada de Sarriguren, víctima de la violencia de género, puso de manifiesto las enormes deficiencias de los servicios de emergencias navarros, ya que al tratarse de un caso de urgencia vital, el vehículo no disponía de las características técnicas apropiadas, ni de material e incluso incumplía la normativa. El asesinato en Julio, de D^a. N. L. C., enfermera de 20 años de edad a manos presuntamente de un residente de psiquiatría de Pamplona. Lo ocurrido en Septiembre a D^o. P. J. D. J., paciente que acudió al Hosp. Reina Sofía (Tudela) con un cólico nefrítico. Advirtió a los médicos, que tal y como su historial reflejaba expresamente, tuvieran cuidado con los medicamentos que le suministraban puesto que a lo largo de su vida había sufrido hemorragias digestivas de gravedad causadas por medicaciones como el ácido acetil salicílico. Pues bien lo obviaron, le pusieron en vena Nolotil y Toradol, sin darle un protector para el estómago, lo cual le provocó tal hemorragia digestiva, que hubo de ser trasladado al Hosp. de Navarra donde le salvaron la vida.

17. LA RIOJA (34 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. San Millán – San Pedro
- 2º Fundación Hosp. 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

La sanidad riojana sigue cuesta abajo, devaluándose año tras año, fundamentalmente por las listas de espera en algunas patologías (ginecología o cardiología) y la política privatizadora de algunos servicios: de técnicas quirúrgicas, el radiodiagnóstico, la fecundación in Vitro y la hemodinámica.

La atención primaria es una de las grandes fisuras del SERIS. Actualmente, a nadie se le escapa que han entrado en vigor nuevas infraestructuras, se han incorporado nuevos servicios, tecnologías y dotaciones para reforzar los centros de salud en pro de aliviar la capacidad de respuesta en calidad asistencial prestada a los pacientes, pero La Rioja adolece de recursos humanos, ya que tal vez se haya errado a la hora de fidelizar a los profesionales. No cabe duda que hay que seguir fortaleciendo la atención primaria, con nuevos centros de salud en el área de Logroño, pero en esa línea, a la vez, hay que tratar que los médicos no sobrepasen cartillas de 1.500 pacientes, que afectan negativamente a las condiciones de los profesionales, puesto que a veces el número de ciudadanos a los que prestan asistencia oscila entre 1.800 y 2000. La falta de sustitutos en verano tilda aún más el problema, puesto que supone el incremento de usuarios atendidos por cada médico, lo que refleja una ausencia de planificación ante la contratación de sustituciones en el período estival. Sin ir más lejos, el centro de salud de Autol se vio afectado con demoras de hasta 3 días para atender, sin atención continuada

a partir de las 15:00 horas y con una saturación de trabajo descomunal para sus trabajadores. Sin embargo, la medida adoptada por la administración sanitaria que obliga a los médicos de familia y pediatras de Logroño a desempeñar atención continuada fuera de sus centros de salud, con turnos tanto los días laborales como los fines de semana, trajo consigo el malestar a un colectivo sobrecargado de por sí.

La Rioja cuenta con 436 médicos por cada 100.000 habitantes, y los especialistas que a día de hoy avivan la búsqueda por parte del servicio riojano de salud son: pediatras, radiólogos, anestesistas, ginecólogos y cardiólogos. De esta forma, algunos centros de salud y especialidades tuvieron que cerrar consultas. Fue el caso de Haro, durante más de dos meses, por la falta de refuerzos en cardiología, o en el Hospital de Calahorra con listas cerradas para citas en ginecología.

Pero la gota que colmó el vaso del déficit de facultativos, la puso el Presidente del Colegio de Médicos de La Rioja, D^o. Alfredo Milazzo, con unas declaraciones muy desafortunadas refiriéndose a los profesionales sanitarios riojanos en las que textualmente afirmó: *“Hay unos pocos que trabajan, el 40%; luego hay otro 40% que no da ni un palo al agua y hay un 20% que anda por ahí”*.

El problema de lista de espera cabría afrontarlo a partir de que el SERIS marque unos plazos de demora, comenzando por un plan que fije unos 2 meses para intervenciones no urgentes, 20 días para pruebas diagnósticas y entre 10 y 15 días para consulta con el especialista. Si estos plazos no se cumplen, en lugar de derivar pacientes a las arcas de la privada, con la contradicción de éstos, lo idóneo sería invertir ese dinero en sanidad pública, negociando con sus profesionales mejoras salariales y laborales con el fin de abrir consultas y quirófanos los fines de semana. Dentro de este apartado, habría que calificar de inconsistente el tratamiento de la fecundación in Vitro en la región riojana, ya que está parado desde hace meses afectando a alrededor de 80 parejas.

Además hay que destacar que se ha cumplido el primer año de funcionamiento del nuevo Hosp. de San Pedro, y lo ha hecho con muchos nubarrones por la falta de algunos servicios prometidos, que o han ido a parar al sector privado (hemodinámica y cirugía cardiaca a la Clínica Los Manzanos) o no se han puesto en marcha (cirugía maxilofacial y neurocirugía), lo cual ha mermado las expectativas. La Rioja es la única comunidad autónoma que carece de unidad de hemodinámica, técnica que trata las cardiopatías isquémicas, y que supuso para el SERIS la no menospreciable inversión de un millón de euros para su instalación y uso en el Hosp. de San Pedro, no obstante, por otro tipo de intereses se ha decidido su concierto con una empresa privada.

Es importante resaltar, el brote bacteriano (*mycobacterium fortuitum*) que en Febrero afectó a 30 mujeres en Haro, con infecciones cutáneas, que se sometieron a un tratamiento de mesoterapia en un centro privado de esta localidad que carecía de autorización para aplicar tratamientos médicos, por lo que las pacientes incoaron acciones legales.

18. CEUTA y MELILLA (21 Casos).

- Ceuta 13
- Melilla 8

Como de costumbre apenas hemos recibido denuncias de Ceuta y Melilla, lo cual no significa que la sanidad en ambas localidades autónomas sea radiante. El escaso nivel reivindicativo de los pacientes de ambas localidades es evidente, dentro de un sistema sanitario influenciado por la insuficiencia de recursos humanos. Por lo tanto, el objetivo ha de ser conseguir la mejor calidad asistencial, como merece una población expuesta a la llegada masiva de inmigrantes. En este caso, el esfuerzo del Ministerio de Sanidad no es el adecuado. Desde hace tiempo la labor es continuista sobre proyectos ya iniciados y parece que no se tiene en cuenta que la población de estas ciudades se ha incrementado bastante.

El cómputo de médicos en Ceuta y Melilla es muy reducido. No se sobrepasan los 2.000 trabajadores. Ante tal situación, a veces es indignante ver como el Sr. Bernat Soria, reconozca el déficit de servicios médicos y asevere que están trabajando para equipar servicios con el resto de España, a la vez que afirma que sus facultativos son los mejor pagados del país. En definitiva son buenas palabras que esconden una clarividente falta de adopción de medidas. La oferta de médicos es insuficiente para cubrir la demanda. Mientras, la fuga de médicos a Andalucía es manifiesta, por lo que la solución del Ingesa sea buscar profesionales en el extranjero (con los inconvenientes que esto acarrea), especialmente oftalmólogos, hematólogos y otorrinos. Pero no sólo son necesarios facultativos. Por ejemplo en Melilla el personal está muy saturado por la falta de personal de enfermería, que debería aumentar su plantilla en un 20%. El problema en este apartado también radica en las irregularidades que ha utilizado el Ingesa últimamente para cubrir las vacantes de enfermería, puesto que en algunos casos se han designado a dedo.

La escasez de personal de la que hablamos, se ve reflejada en los servicios de Urgencias de Ceuta y Melilla que son los que mayor afluencia soportan de toda España, con plantillas muy ajustadas, expuestas a cargas de trabajo inmensas.

En lista de espera, quizás Ceuta y Melilla, si las comparamos con las cifras del resto de España, sean las zonas que sufren una menor demora en espera quirúrgica, aunque habría que mejorar la coordinación entre atención primaria y especializada para que la siguiente cita no se prolongue en demasía. De esta manera el Ingesa se ha comprometido a que la espera quirúrgica no supere los 40 días, aunque el tiempo dirá si el dato es real o se ve expuesto a las manipulaciones que hemos observado en otras comunidades. De todos modos, las patologías que acumulan mayor demora en estas ciudades son oftalmología y neurocirugía. Fruto de la reducción de la demora quirúrgica ha sido el considerable aumento del número de intervenciones en Melilla durante los dos últimos años, que ha ocasionado que el número de pacientes que aguardan a ser intervenidos se reduzca a la mitad, siendo casi 200 los que en estos momentos hay en dicha localidad.

A lo largo del año se han producido deficiencias en otras vertientes: el abandono, competencia del Ingesa, que sufren los españoles de Tánger y Tetuán que exigen atención programada en Ceuta como lugar de referencia; el mal funcionamiento

del teléfono del Hospital Comarcal de Melilla, que comunica en multitud de ocasiones, obligando a muchos pacientes a tener que trasladarse hasta allí en temas banales que se pueden solventar con una sola llamada; la ausencia de aire acondicionado durante el verano en algunos centros de salud melillenses como en el de Alfonso XIII o en el de Polavieja, donde sus usuarios y trabajadores tuvieron que soportar temperaturas extremas; la descoordinación, en cuanto a tiempos de respuesta, de los servicios de emergencias y urgencias del 061 que es menester se refuercen con mayor dotación de personal en las ambulancias; el cambio de modelo de la base de datos del Ingesa que provocó un error informático, agravando a miles de ceutís durante el 29 de Octubre al ser excluidos del sistema de salud; la baja de cartillas caducadas en los tres centros sanitarios de Ceuta ocasionaron colapsos y el enfado de numerosos pacientes que desataron sus iras rayando los vehículos del personal sanitario como ocurrió en el clínico del Tarajal; la contratación de ginecólogos y otros especialistas extranjeros que ni siquiera hablan el castellano lo que determina que la comunicación y la atención no sea eficaz.

La entrada en funcionamiento el próximo año del Hospital de Loma Colmenar, en Ceuta, supondrá adecuar de una mayor viabilidad la sanidad en Ceuta, aunque muy probablemente surgirán problemas ya que las garantías del traslado del hospital resultarán complejas. Por otra parte, el Hospital Civil pasará a ser un centro de formación para especialistas, algo ciertamente positivo, al igual que el convenio de cooperación entre Ceuta y el gobierno andaluz, para que la atención sanitaria de los ceutís se extienda a todos los hospitales de Andalucía.

Apuntar además, otros asuntos donde el denominador común ha sido la falta asistencial y la negligencia médico-sanitaria. En abril, D^a. E. S. R., ceutí de 44 años de edad, falleció por perforación de intestino, según autopsia, tras haberse sometido a una liposucción en un hospital de Málaga. El abandono que sufrió durante un año el paciente D^o. U. M, en coma vegetativo ingresado en el Hosp. Comarcal de Melilla, y que las autoridades negaban su traslado a un hospital de la Península, para tratar de forma especializada su enfermedad, por tener caducada su tarjeta de residencia. La muerte el 9 de Agosto, de D^a. M. C. C. M, que iba a ser intervenida en el Hospital de Melilla, simplemente para quitarle un clavo del fémur, pero como en dicho hospital carecían de instrumental idóneo fue derivada al Hosp. Carlos Haya, centro donde desgraciadamente falleció por un virus. El triste suceso que en Noviembre acabó con la vida de D^a. P. R. R., de 37 años de edad, en el Hospital Civil de Ceuta, cuando ésta estaba embarazada de 8 meses, por un fallo cardiaco al practicarle una cesárea.

A todos dejó perplejos el intento de muerte fallido de una madre de 30 años de edad, a su hija de 2 años, inyectándole alcohol de 90° en la sonda y que fue descubierto por el personal de pediatría del Hosp. Comarcal de Melilla. La presunta autora fue detenida.

SANIDAD PRIVADA

Este año la sanidad privada ha sido muy denunciada en lo relativo a negligencias médicas. Los servicios más denunciados han sido por este orden: ginecología y obstetricia, cirugía estética, odontología (aumento importante en este sector) y traumatología.

El aumento de contratos privados durante 2008 ha sido espectacular. Las listas de espera y la falta de un trato humano y personalizado en la sanidad pública, han sido el detonante de que la contratación de seguros se haya multiplicado, a pesar de las deficiencias que tienen las aseguradoras privadas. Bajo nuestro criterio, en general, éstas son poco recomendables, por ser empresas donde su prioridad es la rentabilidad, no cubren áreas tan importantes como la drogadicción, el sida, el alcoholismo o los trasplantes. Además, si el paciente es mayor de 50 años se puede encontrar con obstáculos de todo tipo para que no sea admitida su solicitud de admisión dentro del seguro. Más aún; en la hospitalización fijan un límite de días (entre 12 y 18).

Las personas que contratan una póliza de seguros, deben conocer que la póliza anual permite a la compañía, según su criterio, subir el coste de la prima sin avisar y que la mujer paga más que el hombre, aunque tengan la misma edad. En muchos casos los precios son abusivos y desorbitados sin que la administración ponga orden y concierto para controlarlo.

Las quejas en este sentido son constantes: la falta de información, el abandono en la asistencia si surgen problemas durante el tratamiento, la no entrega de facturas, el abuso en el cobro, la falta de presupuesto inicial, la falta de consentimientos informados, la derivación a la sanidad pública cuando no hay medios para solventar el problema o la negligencia ocasionada, las altas precipitadas, el incumplimiento de los contratos para evitar dar asistencia cuando son personas mayores o cuando surge una enfermedad larga y costosa, y así un larguísimo etcétera.

Por lo tanto, la sanidad privada nunca será una alternativa de la pública porque tiene demasiados defectos en infraestructuras, medios técnicos y humanos. De todos modos, si persiste el caos de la Seguridad Social, seguirá aumentando como complemento. ¿Será por esta razón por la que no interesa subsanar los problemas de la pública? ¿Hay interés para que esto pase y se contraten cada vez más seguros privados? Sinceramente creemos que ¡Sí!

El Defensor del Paciente, recomienda y aboga por una sanidad pública de calidad y para ello debemos involucrarnos todos, para evitar su privatización y las trampas que sufrimos para obligarnos a contratar un seguro como complemento, lujo sólo para privilegiados.

Por otra parte, de nuevo hemos de perseverar en la ineficacia del Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Salud sobre el escaso control que ejercen sobre las clínicas privadas, especialmente las de estética y las de odontología. Nos referimos a algunas clínicas con personal sin titulación, sin especialidad, clínicas proclives al manejo de publicidad engañosa, clínicas que no reúnen los requisitos básicos para su funcionamiento, clínicas en las que comerciales (en lugar de un médico) asesoran al paciente con el objetivo de captarlo animándoles a realizarse más intervenciones o

tratamientos de los que precisan, clínicas que dan facilidades “asombrosas” para que el paciente obtenga un crédito para sufragarlo, clínicas que no dan facturas, clínicas que cobran al contado el servicio que van a ofrecer antes de prestarlo, etc.

En definitiva muchas clínicas campan a sus anchas mientras las administraciones sanitarias hacen la vista gorda. No se adoptan las medidas necesarias para evitar que ocurran ciertas irregularidades. Porque, cómo se explica que en España, a día de hoy, un médico obtiene el título de licenciado en medicina y cirugía tras 6 años de carrera, firmado por el Rey, y se le permite ejercer de médico o cirujano de la especialidad que quiera. Así sucede, que médicos de familia o de medicina general a base de asistir a los cursos y masteres que dan los colegios de médicos se ponen a operar de cirugía plástica y esto es lo que no se puede permitir. La única especialidad válida es la de cirujano plástico, reparador y estético. Un cirujano con esta titulación, por muy MIR que sea no se le ocurre hacer un by-pass gástrico, por ejemplo.

SERVICIOS y PATOLOGÍAS MÁS DENUNCIADAS en 2008

- 1º Traumatología
- 2º Ginecología y obstetricia
- 3º Urgencias
- 4º Cirugía general
- 5º Oncología
- 6º Ambulancias
- 7º Historias clínicas e informes
- 8º Cardiología
- 9º Medicina interna
- 10º Odontología y maxilofacial

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

- **508 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médica** hemos recibido durante 2008 en el Defensor del Paciente, lo que equivale a **9 pacientes menos que en 2007**. Los casos más habituales se han producido por mala praxis: intervenciones mal realizadas, altas precipitadas, atención deficiente, infecciones hospitalarias, retrasos en ambulancia, 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.

- **12 pacientes fallecidos en intervenciones de reducción de estómago**. Aumentó el número de pacientes fallecidos por este tipo de operaciones con respecto a 2007, fueron 5 más.

- **51 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.

- **116 bebés** nacieron con alguna discapacidad lo que supone un descenso de 19 casos menos que el año anterior, en relación a partos llevados de forma inadecuada causando secuelas como sufrimiento fetal, parálisis cerebral, etc. En este apartado cabe destacar las secuelas en algunos de estos casos por virus hospitalarios.

- **60 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 4 casos menos contabilizados con respecto a 2007.

- **34 casos de intervención lásik (oftalmología)** con mal resultado, secuelas o pérdida de visión. Cifra que también desciende con respecto a años anteriores, quizás tal vez al principio de practicarse este tipo de cirugía se producían más negligencias en este sentido por la escasa preparación de algunos médicos al ser una técnica novedosa.

- **57 casos de contagiados por hepatitis C (VHC)**. También desciende el número en relación al año anterior, 21 menos. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.

CONCLUSIONES

La realidad es que la sanidad española está muy deteriorada por mucho que el Ministro de Sanidad y los Consejeros de Salud en sus comparecencias y declaraciones en los medios de comunicación a lo largo del año, digan todo lo contrario y nos hablen del maravilloso sistema sanitario español. Está claro, que estas adulaciones entre ellos, y a las que estamos acostumbrados, sólo se las cree el ciudadano que todavía no ha estado enfermo, y por lo tanto no ha hecho uso del sistema sanitario.

Resumiendo, si observamos comunidad por comunidad en la mayoría ocurre lo mismo: 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.

Para finalizar, un dato que desde aquí trasladamos a nuestros mandatarios sanitarios. La Consultora sueca Health Consumer Powerhouse, todos los años elabora un estudio sobre la atención sanitaria en 31 países europeos. España una vez más se queda con una nota por debajo de la media europea. Para ser exactos, se encuentra en la 18ª posición, suspendiendo en tiempos de espera y atención al paciente. Es evidente que no lo decimos nosotros, sino una asesora neutral, de un país de Europa y que ni le va ni le viene ningún tinte político para poder aseverar que estos datos son partidistas. ¿Qué opinión le merece al Ministro de Sanidad estos datos? Seguramente dirá que hemos avanzado en otros asuntos, que para nada son los que le interesan al paciente, y que *“qué bonito día hace hoy”*.

El derecho a la atención sanitaria que tiene todo español, según se refleja en la Constitución, se vulnera día sí otro también.

DEFENSOR del PACIENTE