



Asociación El Defensor del Paciente

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

Tel.: 91 755 41 53 – 629 208 643

Tel.-Fax: 91 465 33 22

www.negligenciasmedicas.com

defensorpaciente@telefonica.net

MEMORIA 2013

Como en años anteriores hacemos balance de los casos recibidos por presuntas negligencias médico-sanitarias que nos han llegado durante el año 2013, tanto de la sanidad pública como de la privada.

Lamentablemente, durante 2013 el número de negligencias en España se ha multiplicado considerablemente, producto de la política austera de recortes que ha llevado a cabo la mayoría de las Comunidades Autónomas. Los datos son reveladores. En 2013 hemos recibido un total de **14.307 casos** (525 más que en 2012), de los cuales **798 han sido con resultado de muerte** (106 casos más que en 2012). Por el momento, estos casos hay que considerarlos como presuntos mientras que los Tribunales no dictaminen.

A título individual habrá opiniones para todos los gustos. Las cifras son las que son y si hay que imputarlas a alguien es a la Administración Sanitaria. Debemos ser conscientes de un factor muy significativo como es la pérdida de calidad asistencial. Los profesionales intentan hacer su trabajo lo mejor posible, pero están sobrecargados. No olvidemos que se les ha restringido sus salarios, cuentan con menos recursos y soportan una presión severa. Resultado de su cansancio laboral es la deshumanización de la sanidad que incide de forma mayúscula en el bienestar del paciente.

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 casi 70.000 visitas en 2013), 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. 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.

Opinión: El RESCATE de la SANIDAD.

Ni los más viejos del lugar recuerdan que hasta hace unas décadas la sanidad en nuestro país estaba en manos del Estado. Eran otros tiempos. Por aquel entonces las Comunidades Autónomas no campaban a sus anchas dilapidando recursos a su libre albedrío, como ahora han hecho limitando el derecho a la atención sanitaria de los ciudadanos.

Es obvio que la sanidad pública española necesita una profunda reforma que haga viable su financiación a largo plazo. Sanitariamente, España se ha convertido en una marca de desigualdad. La falta de sensibilidad y la torpeza de los gestores que rigen las directrices de nuestro modelo sanitario, lo han desvestido hasta dejarlo en pañales. Prueba de ello, son los titulares de prensa, a los que por desgracia nos hemos acostumbrado día sí otro también: **“SANIDAD ELIMINA VEINTE TRATAMIENTOS VITALES POR SER CAROS”**, **“Un médico oscense hará huelga de hambre contra los recortes”**, **“UNA INMIGRANTE CON SIDA MURIÓ MAL ATENDIDA POR DESCOORDINACIÓN ESTATAL”**, **“Sanidad investiga paciente con aneurisma operada de urgencia tras 9 meses en lista de espera”**, **“UN ENFERMO DE CÁNCER DENUNCIA QUE SANIDAD LE HA DENEGADO UN TRATAMIENTO”**, **“Muere en León al rompersele la aorta tras 10 meses en lista de espera”**, **“POCOS RECURSOS PALIATIVOS PARA MUCHOS ENFERMOS TERMINALES”**, **“Pacientes del Hospital de Navarra denuncian la mala calidad de la comida”**, **“BELLVITGE PIERDE MÁS DE 200 CAMAS EN DOS AÑOS”**, **“La Comunidad de Madrid comunica a 700 médicos su jubilación forzosa horas antes del puente de mayo”**, **“MÁS DE UN AÑO Y MEDIO EN LISTA DE ESPERA PARA UNA OPERACIÓN DE NEUROCIRUGÍA”**, **“Baleares devolverá el dinero cobrado por atención en urgencias a inmigrantes sin papeles”**, **“LA PLATAFORMA NAVARRA DE SALUD DICE QUE SE FACTURA A PERSONAS SIN TARJETA SANITARIA EN URGENCIAS”**, **“SATSE denuncia amenazas de Osakidetza a trabajadores de Urgencias de Durango”**, **“INTENTAN COBRAR 1.800 € POR TRATAR UNA GASTROENTERITIS DE URGENCIA EN CAN MISSES”**, **“La Junta de Personal de los Servicios Territoriales de León denuncia la abominable lista de espera que ha costado la vida a dos personas”**, **“GINECÓLOGOS DEL MATERNO DE MÁLAGA CALIFICAN DE BRUTALIDAD OPERAR DOCE HORAS SEGUIDAS”**, **“Un pueblo de Toledo demanda al SESCAM por reducir sanitarios”**, **“SUSPENDIDAS OPERACIONES EN UN HOSPITAL DE MURCIA POR LA BASURA”**, **“Sanidad factura 132 € a una inmigrante en el hospital de Gandía como condición para atenderla en Urgencias”**, **“ENCIERRO PARA PEDIR URGENCIAS 24 HORAS EN EL HOSPITAL DE OSUNA”**, **“Denuncian jornadas de hasta 14 horas del traumatólogo de Urgencias del Clínico de Málaga”**, **“LOS HOSPITALES CIERRAN EN AGOSTO 546 CAMAS PARA AHORRAR EN SUSTITUCIONES DE PERSONAL”**, **“El Hospital de Dénia obliga a una inmigrante de 68 años a pagar 132 € para atenderla en Urgencias”**, **“EN LISTA DE ESPERA DESDE HACE CUATRO AÑOS PARA REDUCIRSE EL PECHO”**, **“Más de un año con el menisco roto y en lista de espera”**, **“LOS RECORTES EN SANIDAD SE EXTIENDEN Y AFECTAN YA A LOS PACIENTES CON CÁNCER”**, **“Un gallego con cáncer de próstata denuncia que lleva 4 meses en lista de espera”**, **“LA OLEADA DE PRIVATIZACIONES EN LA SANIDAD MADRILEÑA DESTRUYE 2.600 EMPLEOS AL AÑO”**, etc.

Hoy por hoy, es evidente que la calidad asistencial cuesta dinero. Nos quedamos sin argumentos y sabemos que somos muy repetitivos pero la situación es la misma, o mejor dicho, peor que en el ejercicio de 2012.

La coherencia en la gestión brilla por su ausencia, ya que cuando la Ministra de Sanidad se reúne con los diferentes Consejeros de Salud, no cabe duda que el objetivo es buscar fórmulas para fastidiar al paciente. A base de medidas desmedidas, valga la redundancia, se ufana hasta que la metástasis del sistema afecta a los más desfavorecidos: copago para los medicamentos de los pensionistas, exclusión de colectivos de población de la cobertura del sistema sanitario, fraccionamiento de la cartera de servicios financiados y prestados por la sanidad pública, vinculación del derecho a la asistencia dependiendo de las cotizaciones laborales, etc. Da la impresión que estamos en época de rebajas todo el año.

Aparte de esta serie de incongruencias, la tarjeta de visita continúa ahondando en el desprestigio: interminables listas de espera, colapsos en Urgencias, falta de personal sanitario, reducción del número de camas, etc. Y es que el sistema sanitario español se encuentra en encefalograma plano. Para muestra un botón. Es un secreto a voces, la orden a los profesionales para que prescriban el menor número de pruebas diagnósticas y receten los medicamentos más baratos. Incluso algunos Servicios de Salud les incentivan por el ahorro. **MORALEJA: El dinero está por encima de nuestra salud.**

Todo el mundo recordará la muerte en Octubre, de un chico polaco de 23 años de edad y con 30 kilos de peso en un albergue de Sevilla. Acababa de recibir el alta hospitalaria. Con ese caso, nos hemos aproximado a una sanidad calamitosa. La imagen que estamos dando al resto del mundo es deplorable. En Polonia según nos comentó una periodista la noticia ha sido un verdadero escándalo. De hecho, este año, medios de comunicación de Estados Unidos, Alemania, Inglaterra y Francia, nos entrevistaron y grabaron por la situación sanitaria de nuestro país. **La percepción que tienen en el extranjero es que la sanidad que tenemos es tercermundista.** Hay que dejarse de Decretos y Leyes que no sirven de nada. Sería más que suficiente con que la Constitución se cumpla.

En conjunto, el sistema público de salud sufre importantes bolsas de ineficiencia, tiende al despilfarro, está mal coordinado y gestionado de forma pésima. Está marcado por el fracaso del **enchufismo en el nombramiento de gestores** que, como consecuencia, ha llevado a la privatización de la gestión. ¿Cómo se designa a los gerentes de los hospitales y de áreas de primaria? Esa es la cuestión. Mientras que en otros países se lleva un proceso de selección a través de convocatorias para elegir a los mejores, en España sin embargo se escoge a dedo, y si el elegido es amigo o simpatizante del correspondiente partido, mejor que mejor. Toda designación está politizada.

El descontrol es tremendo. Por eso entendemos que **el mejor recorte sería la eliminación del Ministerio de Sanidad.** Su extinción podría parecer una medida descabellada, drástica, incluso incoherente como algún sector pensará. Pero es un organismo que carece de poder ejecutivo debido a que las competencias las controlan las Comunidades Autónomas. A las pruebas nos remitimos. Ante panorama tan desolador es indudable que no sirve para nada.

Además, la nota que otorgamos a la labor de Ana Mato como ministra del rango es un suspenso rotundo. Su tarea constantemente está en tela de juicio. Se ha comprobado, a través de algunas encuestas, que los ciudadanos tienen una mala imagen de ella y desde varios sectores se ha exigido de forma pública su dimisión, entre otras razones por estar implicada en asuntos turbios dentro del partido al que representa.

Poniendo el dedo en la llaga, el Ministerio de Sanidad, incapaz de legislar y tomar decisiones importantes, se ha convertido en un **trampolín político** para ministros sin preparación en la materia que por él se van sucediendo (Elena Salgado, Bernat Soria, Trinidad Jiménez, Leire Pajín y ahora Ana Mato). ¿Cuántos de estos Ministros han sido médicos? A nuestro Gobierno no le interesa la sanidad. Poco o nada se entiende su postura impasible, por ejemplo ante temas tan candentes como los **recortes presupuestarios** o las **privatizaciones** que están convirtiendo el ámbito sanitario en un negocio en manos de las Comunidades Autónomas.

Pero dejemos a un lado el trabajo de la ministra y pasemos al lado opuesto, donde sorprendentemente nos encontramos al portavoz socialista de Sanidad en el Congreso de los Diputados, José Martínez Olmos, y decimos “sorprendentemente” porque fue el ministro en la sombra cuando la Oposición gobernaba. Pese a ello, le mantienen en el cargo. A lo que vamos. Es un ejercicio esotérico, el que en su partido, a día de hoy, no le hayan encontrado sustituto cuando su gestión fue nefasta. Más patético aún, resulta que en estos momentos, proclame a los cuatro vientos la promesa en caso de llegar a gobernar, de crear una nueva Ley General de Sanidad. Increíble pero cierto, se burlan de los ciudadanos. Lo que hay que hacer es cumplir la existente que es muy buena. Cuando tenían el poder, no la cumplían, seguían la misma línea que el partido que nos gobierna y ahora nos quieren dar lecciones de civismo y sentido común.

Ahora bien, si la Oposición nos vende la creación de una nueva Ley General de Sanidad, volviendo a Ana Mato, ella se sumerge en un ‘deja vu’, regresa al pasado, y pone de nuevo sobre la mesa la necesidad de un ‘Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad del Sistema Nacional de Salud’ del que tanto se habló hace años sin llegar a buen puerto. Resumiendo, todo es pura verborrea, no van a hacer nada, ni unos ni otros.

¿Existen soluciones? ¿Hay alternativas? Sí las hay, pero no con los gestores que nos gobiernan.

No es de recibo que en lugar de tomar decisiones acertadas hagan todo lo contrario: dejan pueblos sin médico, discriminan a los dependientes, tocan el bolsillo a los profesionales, enflaquecen los presupuestos, eliminan camas hospitalarias, etc. Nos encaminan a una sanidad menos pública, sólo para privilegiados que puedan costearse un seguro privado. Cuando lo ideal sería fortalecer nuestro sistema de atención primaria, bastante sólido por cierto, puesto que los centros de salud pueden resolver la mayoría de los problemas de los ciudadanos. Así evitaríamos esperas interminables, dado que además el personal médico del que disponemos está tremendamente capacitado. En definitiva, sin un importante derroche económico, conseguiríamos que los hospitales redujesen sus partidas presupuestarias y que recibiesen sólo los casos necesarios como intervenciones o urgencias graves.

¡Salvemos la Sanidad... luego existimos!

La ANTÍTESIS a los RECORTES y al COPAGO

Perdemos nuestros derechos por culpa de los recortes y del copago, pero por el contrario, **la ineficacia de los gestores que nos gobiernan**, a la que ya hemos hecho alusión, **está dejando de cobrar millones de Euros a otros países extranjeros por la asistencia a sus ciudadanos.**

Lo que denunciamos es un **¡¡ESCÁNDALO SANITARIO!!** Así lo recoge el Tribunal de Cuentas, en un informe emitido y publicado en el BOE el 25 de marzo, respecto a la gestión de las Prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los ‘Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales’ de la Seguridad Social, en el que se denuncia graves deficiencias de control y gestión de recursos, que hacen perder a España millones de Euros.

Es un dato gravísimo, de suma relevancia, del que parece que nadie se ha percatado y ni tan siquiera los medios de comunicación se han hecho eco. Es decir, nuestros gestores nos someten a base de recortes y copagos sanitarios de todo tipo, pero sin embargo, por su ineptitud dejamos de cobrar millones de euros a Europa y a otros países por la asistencia que prestamos a sus ciudadanos. Si se hicieran bien las cosas, con el montante monetario que se “extravía”, habría más que suficiente para evitar la política del tizeretazo que consume a los pacientes. Sería la solución. La antítesis a los recortes y al copago. Mientras se nos ahoga de forma indiscriminada con impuestos y tasas, por otra parte, estamos dejando de cobrar a otros países, las prestaciones sanitarias de sus residentes a las que están obligados en virtud de los convenios internacionales.

El Tribunal de Cuentas tras examinar la gestión llevada a cabo por las Administraciones del Ministerio de Sanidad y el INSS, instó en marzo a dichos organismos a tomar medidas oportunas para controlar y facturar a los estados con reglamentos comunitarios los gastos ocasionados por los nacionales de dichos países. Pero de momento Ministerio de Sanidad e INSS se muestran impasibles.

De hecho, a principios de Diciembre, desde ‘El Defensor del Paciente’, solicitamos a la ministra Ana Mato que de forma inmediata se adoptasen las órdenes pertinentes para recuperar el dinero no solicitado a los diferentes países que nos adeudan, así como retirar de forma fulminante todos los recortes y copagos que han entrado en vigor, cubriendo todas esas necesidades que nuestros mandatarios dicen tener para sanear la sanidad pública española. De momento, no hemos recibido contestación.

No se trata de que no se atienda a personas extranjeras, sino que se controle que la asistencia que les prestamos sea asumida por sus diferentes países, al igual que España paga por la prestación sanitaria a sus residentes. Y más aún cuando España es un país receptor de turistas y residentes extranjeros. Reiteramos que las deficiencias en el control y supervisión, anualmente nos ocasionan la pérdida de millones de euros.

Habrá alguien que pensará que estos datos no son válidos para 2013 ya que son relativos al Programa de fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2010, pero aparecieron publicados en el BOE en Marzo de este año, porque para realizar el estudio a fondo es imposible poder contar con los datos reales de ejercicios posteriores. **La pregunta para el Ministerio de Sanidad sería saber si toda esta concatenación de errores en la gestión se sigue produciendo y qué medidas de solución van a adoptar**

o se han adoptado. Lo que es incuestionable es que los recortes y los copagos han ido en crescendo, por lo tanto, pensamos que continúa sin solventarse.

Algunas de las deficiencias que destaca el presumido Informe son:

1º. En cuanto a la aplicación informática que se utiliza para realizar la facturación.

Según el Tribunal de Cuentas, existen 30 reglamentos comunitarios. La gestión de facturación de prestaciones se lleva a cabo a través de una aplicación informática llamada ASIA creada por el INSS.

El Tribunal de Cuentas ha detectado diversas deficiencias en el intercambio de información que se produce entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (este último, respecto a las ciudades de Ceuta y Melilla), así como en otros aspectos del procedimiento que inciden negativamente en la eficacia y eficiencia derivada de la gestión de la facturación emitida por España. Y ello principalmente porque no todas las comunidades tienen establecido el sistema informático y no se está utilizando o se hace sin incorporar todos los datos necesarios para la facturación, lo que provoca que los países rechacen las facturas que se presentan.

Esta deficiencia se puede subsanar fácilmente mediante el acceso de todos los centros al módulo de facturación FISS-WEB (que ya se utiliza en algunas CCAA), lo que dinamizaría el procedimiento y posibilitaría la introducción de controles adecuados en la facturación.

El Tribunal ha constatado que, entre los ejercicios de 2006 a 2010, existieron al menos, 285 facturas grabadas en el módulo de facturación FISS-WEB por los centros, servicios y establecimientos sanitarios que contaban con esta aplicación, que no tenía toda la información necesaria para que el INSS pudiera emitir la facturación correspondiente a los órganos de enlace extranjeros, **cuyo importe ascendía a 51.306 euros**, destacando los centros de Andalucía (166 facturas), Cataluña (50 facturas) y Madrid (30 facturas). Por tanto, en estos casos el INSS **no emitió la pertinente facturación.**

La falta de utilización del módulo de facturación FISS-WEB en todo el territorio nacional origina un retraso en la gestión de las facturas que el INSS debe remitir a los organismos de enlace de los demás estados miembros, ya que, a los tiempos de grabación de los datos necesarios para la facturación, se añade el tiempo que transcurre desde que los Servicios de Salud y el INGESA recopilan la documentación procedente de los distintos centros, servicios y establecimientos sanitarios que tienen adscritos, y la remiten a la correspondiente Dirección Provincial, con el consiguiente coste financiero para España, como consecuencia de los plazos de facturación.

2º. Respecto al Reino Unido, se ha estado facturando mediante estimaciones en lugar de a coste real.

El Tribunal ha verificado que, hasta el 31 de diciembre de 2008, las prestaciones sanitarias proporcionadas a las personas protegidas por la Seguridad Social del Reino

Unido durante estancia temporal en España, por la utilización de Tarjetas Sanitarias Europeas, fueron facturadas a la Seguridad Social del Reino Unido por el INSS, mediante estimaciones basadas en el número de turistas recibidos en España, a diferencia de las facturaciones emitidas al resto de estados, para los que se emitieron facturaciones en función del coste efectivo de las prestaciones sanitarias servidas por cada centro, servicio y establecimiento sanitario del SNS (costes efectivos o gasto real).

El Tribunal de Cuentas comprobó, mediante la comparación de los dos sistemas de facturación (estimaciones basadas en el número de turistas y el estimado en función de los costes efectivos de los servicios sanitarios prestados o gasto real), que la diferencia entre la facturación mediante el sistema de estimaciones y lo que hubiera obtenido España de haber facturado las prestaciones por sus costes efectivos o gasto real, **supuso una pérdida estimada anualmente en, al menos, 20 millones de euros, en los ejercicios 2007 y 2008.**

A partir del 1 de enero de 2009, España dejó de aplicar el sistema de estimaciones y comenzó a facturar al Reino Unido por el sistema de costes efectivos o gasto real. A juicio del Tribunal de Cuentas, aunque esta situación fue solventada en 2009, el Ministerio de Trabajo e Inmigración debería haber promovido el cambio de sistema de facturación con mayor antelación.

3º. En relación a las personas empadronadas mayores de 65 años. Según el INE hay 231.364 personas, pero sin embargo, España factura a otros estados respecto a 103.672 personas.

Esto supone que España está dejando de facturar a sus respectivos países el coste que supone su asistencia sanitaria, el doble de personas de las que realmente se facturan. Es decir, los Servicios de Salud de las CCAA y el INGESA han emitido la tarjeta sanitaria individual, a personas extranjeras en España (estimadas en 127.692 personas), por las que el INSS no está percibiendo cuotas globales, lo que explicaría esa significativa diferencia.

Por tanto, el INSS, las CCAA y el INGESA deben adoptar las medidas oportunas para depurar sus actuales registros, con objeto de detectar la existencia de personas residentes en España por las que **deberíamos cobrar cuotas globales a otros Estados y no lo estamos haciendo.**

4º. No hay control de lo que se factura a otros países.

La facturación emitida por el INSS a los países deudores es revisada por estos países, que pueden aceptar o rechazar las facturas emitidas por España. Cuando un estado miembro rechaza una factura, el INSS realiza la gestión en soporte papel y tarda a veces más de un año en resolver la incidencia, si es que llega a resolverla.

Sin embargo, no realiza un seguimiento de la facturación emitida, dado que en la aplicación informática sólo queda constancia de la emisión de la facturación, pero no de la aceptación o rechazo por parte de los países deudores, ni tampoco de qué facturación fue anulada.

Ningún organismo ha aprobado un procedimiento que regule la gestión de las facturas rechazadas. No hay custodia de los formularios de derecho y de la documentación en virtud de los cuales fue emitida la facturación, que corresponde a los Servicios de Salud de las CCAA y del INGESA, ya que **una de las principales causas por las que España deja de cobrar facturación emitida es la pérdida de los formularios de derecho, por parte de los Servicios de Salud, mediante los cuales se presta asistencia sanitaria en España a asegurados de otros Estados.**

Con respecto a algunos países, no se está utilizando el sistema informático FISS-WEB, sino que se sigue utilizando el soporte en papel, y soportes de grabación. Y al rellenar los oportunos formularios que deben remitirse a otros estados, muchas veces van incompletos, sin fechas, sin códigos identificativos... lo que origina que cuando son facturados sean rechazados por los países que deben abonarlos.

Así, los problemas que surgen cuando España remite las facturas a otros países es que NO se aceptan porque van incompletos, y además, como NADIE controla si se acepta la factura o no, ni tampoco se custodian los documentos, la mayoría de las veces no se cobra por dichos servicios.

5º. Prestaciones odontológicas.

En el ejercicio de 2009, España recibió, como mínimo, 3.148 facturas de otros estados miembros por gasto real que sólo incluían prestaciones odontológicas, por importe de 276.999 euros, de las que el 99,65% (3.137) procedían exclusivamente de tres países: Alemania, Francia y Bélgica.

En estos países las prestaciones odontológicas están incluidas dentro de los Sistemas Nacionales de Salud, a diferencia de España, en que dichas prestaciones odontológicas, con carácter general, deben ser soportadas por el paciente.

Se pone así de manifiesto que asegurados a cargo de la Seguridad Social española se desplazan a otros estados en los que las prestaciones odontológicas están cubiertas, con el fin de eludir la aplicación de la normativa española.

Por ello, el INSS debe adoptar las medidas oportunas para limitar el riesgo de que, por esta vía, la Seguridad Social española, esté financiando directamente unas prestaciones odontológicas que nuestra legislación no contempla, y no obstante, no se solicita el reintegro de las mismas a los ciudadanos españoles que intentan aprovecharse.

6º. Aceptación automática de facturación recibida.

En la facturación telemática la normativa exige que todo lo que supere 2.000 euros se controle y se confirme, pero no se hace. Se acepta todo y sin cuestionar. **Facturaciones de 30.000 euros a 20.000 euros se pagan automáticamente sin examinar.** Se deberían devolver facturaciones porque hay motivos para el rechazo como hacen ellos pero nosotros no lo hacemos.

El INSS aceptó el pago de facturas que no contenían información básica esencial, como las fechas de inicio y fin de la prestación sanitaria, que es información

imprescindible para comprobar que la prestación recibida estaba dentro del período de validez del formulario de derecho. Esta incidencia fue detectada por el Tribunal de Cuentas, como mínimo, en 13 facturas, por importe de 3.166 euros, facturas que deberían haber sido devueltas al país deudor para subsanación o anulación.

Además, a pesar de que el INSS tiene establecido un control en la aplicación informática por el que deben revisarse todas las facturas emitidas por hospitalizaciones con un importe superior a 2.000 euros, el Tribunal de Cuentas, ha cotejado que esta entidad gestora, a través de la aplicación, aceptó facturas que superaron este umbral y llegó, incluso, a aceptar automáticamente un formulario por importe de 31.174 euros.

Por otro lado, el INSS, según ha detectado también el Tribunal de Cuentas, aceptó, como mínimo, 447 facturas por importe de 652.942 euros, en las que la fecha fin de la prestación era anterior a la fecha de inicio de la prestación, a pesar de que en la aplicación ASIA esta deficiencia debe ser motivo de rechazo automático.

Asimismo, el Tribunal detectó que, como mínimo, 93 facturas, por importe de 30.987 euros, fueron aceptadas por el INSS, a pesar de que no contenían información relativa al código de identificación del asegurado.

A pesar de que también es causa de rechazo informático la falta de cumplimentación del código relativo al formulario de derecho (que identifica cada tipo de formulario y que habilita para recibir un tipo de prestación u otro), el INSS, a través de la aplicación ASIA, aceptó, como mínimo, 17 facturas en las que no constaba esa información.

En todos los supuestos anteriores, las facturas deberían haber sido rechazadas y, en su caso, devueltas.

Se aceptaron facturas emitidas por otros estados sin realizar ninguna comprobación ante el asegurado que recibió la prestación sanitaria, tendente a verificar la realización del desplazamiento y la asistencia sanitaria recibida, ni la verificación del país miembro que emitió la factura. **Se aceptaron automáticamente facturas duplicadas, de importes elevadísimos sin contrastar si procedía o no.**

Por otro lado, NADIE controla si una factura girada por España a otros países ha sido finalmente cobrada o no, ya que el INSS registra los cobros en esta aplicación de forma global, sin identificar el formulario de liquidación al que corresponde el cobro determinado, lo que constituye un grave defecto, a juicio del Tribunal de Cuentas, que el citado Instituto debe solventar para conseguir una adecuada gestión de cobro de la facturación emitida y lograr saber, en todo momento, las facturas cobradas y las que están pendiente de cobro.

7º. Personas de escasos recursos. ¡SORPRENDENTE! Los españoles deben justificar con documentación su estado de “sin recursos”. A los extranjeros les basta con una declaración jurada.

El 15 de junio de 2010, había 453.349 personas cuya nacionalidad pertenecía a alguno de los 37 estados con derecho a prestación sanitaria por falta de recursos.

El coste estimado por el Tribunal de Cuentas, correspondiente a la asistencia sanitaria prestada a estas 453.349 personas, aplicando la cuota global menor de las calculadas por España y aprobadas por la Comisión de Cuentas, es decir, utilizando la cuota global del ejercicio 2009 para los miembros de familia de un trabajador, que fue de 82,99 euros/mensuales, ascendería, al menos, a 451.481.202 euros anuales.

Las personas no españolas solicitantes de los derechos asociados a esta figura jurídica, no tienen la obligación de presentar un documento expedido por un organismo oficial del estado de procedencia que acredite que la persona carece de cobertura sanitaria en dicho país, lo que permite que dichas personas puedan quedar a cargo de la Seguridad Social española a pesar que pueden estar aseguradas en sus países de procedencia, con el consiguiente perjuicio económico para España derivado de la imposibilidad de facturar a sus países de origen por los servicios que les sean prestados.

Con carácter general únicamente deben presentar una declaración jurada de ingresos económicos, a diferencia de las personas de nacionalidad española, que tienen que acreditar la insuficiencia de recursos económicos, mediante la presentación de la ‘Declaración del Impuesto sobre la Renta’.

Al menos, 284 personas titulares de una tarjeta sanitaria europea emitida por otros estados miembros obtuvieron también la tarjeta individual española a través de la figura de “persona sin recursos económicos suficientes”. El coste económico estimado por el Tribunal, por la asistencia sanitaria prestada **sólo a estas 284 personas, aplicando el importe de la cuota global de España aprobada para el ejercicio 2009 para los miembros de la familia de un trabajador (que fue de 82,99 euros/mensuales), ascendería al menos, a 282.829 euros anuales.**

Esta situación y otras, habría sido evitada con la simple consulta informática al Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social, donde se recogen las personas que tienen la condición de “personas sin recursos económicos suficientes”.

8º. Países que no pagan y no se reclama.

La facturación emitida por el INSS derivada de las prestaciones sanitarias servidas a las personas protegidas por la Seguridad Social de Brasil, Chile, Ecuador y Perú **nunca ha sido abonada** por estos países, a pesar de que estos Convenios Bilaterales entraron en vigor el 1 de diciembre de 1995, el 13 de marzo de 1998, el 1 de noviembre de 1962 y el 1 de febrero de 2005, respectivamente.

La deuda pendiente de estos estados con España ascendía a **5.519.334 euros a 31 de diciembre de 2008**. En este mismo sentido, España tuvo suscritos Convenios Bilaterales de Seguridad Social que contemplaban las prestaciones de asistencia sanitaria en Panamá y Paraguay, convenios que actualmente no están en vigor. No obstante, la deuda pendiente de pago de ambas naciones con España, a 31 de diciembre de 2008, por las prestaciones de asistencia sanitaria a personas protegidas por la Seguridad Social de estos dos países ascendía a 207.410 y 4.144 euros, respectivamente.

Según el Tribunal de Cuentas, no se han tomado medidas para reclamar dichos importes.

9º. Problemática con los ciudadanos de Marruecos.

El Tribunal de Cuentas insta a revisar el Convenio dado que es sumamente gravoso para España.

El Convenio Bilateral suscrito con Marruecos en materia de asistencia sanitaria, determina que el número de asegurados a cargo de Marruecos que reciben prestaciones de asistencia sanitaria en España es prácticamente inexistente, mientras que, por el contrario, existen numerosos asegurados a cargo de España que reciben asistencia sanitaria o residen habitualmente en Marruecos.

En relación con la facturación por gasto real, en el ejercicio 2009, España no remitió facturación alguna a Marruecos, si bien recibió de Marruecos facturas por importe de 202.897 euros. En relación con la facturación por cuotas globales, en el ejercicio 2009 el importe facturado por España a Marruecos ascendió a 767.086 euros, mientras que el importe facturado por Marruecos a España fue de 12.545.384 euros, **importe 16 veces superior por el facturado por España**. Esta situación se debe, fundamentalmente, a que en virtud del Convenio Bilateral, Marruecos factura a España por la asistencia sanitaria prestada a los familiares de trabajadores marroquíes que trabajan en España, pero que siguen residiendo en Marruecos.

Esta situación se agrava para España, si se considera que el número de personas de nacionalidad marroquí que eran titulares de la tarjeta sanitaria individual por tener la condición de “personas sin recursos económicos suficientes” ascendió, a 15 de junio de 2010, a 67.277 personas que, de acuerdo con la normativa vigente, deben residir en España y por las que nuestro país no factura a Marruecos, por tratarse de personas a cargo de la Seguridad Social española. Pero tampoco nadie controla si residen en España o en Marruecos.

10º. El coste farmacéutico NO SE FACTURA.

El Tribunal de Cuentas ha podido comprobar, con carácter general, la práctica inexistencia de facturación emitida por el INSS por las prestaciones farmacéuticas servidas a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países por los centros, servicios y establecimiento sanitarios del SNS.

La escasa facturación de las prestaciones farmacéuticas se debió, entre otras causas, a la falta de sistemas informáticos que permitieran a los Servicios de Salud y al INGESA gestionar y controlar de forma automatizada todas las recetas que pudieran ser objeto de cobro.

Esta situación supone un importante perjuicio económico para España, y en particular para las propias CCAA y para el INGESA. Este perjuicio ascendió, de acuerdo con la estimación efectuada por este Tribunal de Cuentas, sobre la base del coste medio en gasto farmacéutico por consulta de atención primaria publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y el número de consultas de atención primaria facturadas por las CCAA, Ceuta y Melilla, sólo para el ejercicio 2009, al menos, a **4.492.082 euros**.

URGENCIAS. Un lugar para sanar o morir

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

Sólo así se explican algunos casos extraídos del noticiero de 2013: *“Un paciente entró por una rotura de fémur en un Hospital de Tenerife y fallece a los 7 días de una neumonía, abandonado en un pasillo de Urgencias esperando habitación”*, *“MUERE UNA MUJER MIENTRAS ESPERABA EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL DE VIGO”*, *“El caos en Urgencias provoca esperas de 100 horas en salas de observación”*, *“DENUNCIAN ANTE EL JUZGADO A LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL MACARENA TRAS LA MUERTE DE UNA PACIENTE”*, *“Un joven con un golpe en la cabeza denuncia esperas injustificadas en Urgencias”*, *“UN HOMBRE CON UN INFARTO ESPERA EN URGENCIAS 9 HORAS EL DIAGNÓSTICO”*, *“Una mujer de 64 años pasa tres días en urgencias en Dénia y se va sin que le hagan las pruebas”*, *“UN ENFERMO ESTUVO MÁS DE 20 HORAS EN URGENCIAS DEL MACARENA CON UN AMAGO DE INFARTO”*, *“El Hospital Sant Joan anula 14 camas y deja a los pacientes en los pasillos”*, *“CINCO DÍAS EN URGENCIAS DEL VALL D’HEBRÓN ESPERANDO CAMA”*, etc.

Si recapitamos son situaciones vergonzosas. De hecho, **la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una hora es un tiempo prudencial de espera en urgencias**. Como se puede constatar, se está convirtiendo en una tónica habitual que los pacientes mueran sin atención en los pasillos de Urgencias, lo cual no se debe tolerar bajo ningún concepto. Si hacemos hincapié en el lamentable caso del paciente fallecido por neumonía en el Hospital Universitario de la Candelaria (Tenerife), tras ingresar con el fémur roto y quedar abandonado durante siete días, no es de recibo que se plantee el problema de las Urgencias en el Parlamento de Canarias y se dé carpetazo, posponiendo su mejora por falta de fondos. Si no invierten en salvar vidas humanas en qué invierten el dinero presupuestado.

En líneas generales, la historia vuelve a repetirse en la mayoría de los hospitales de la red sanitaria, pues estos servicios, en diferentes etapas del año se encuentran saturados, colapsados, desbordados, etc. Fundamentalmente por el cierre de camas como consecuencia de los recortes que acaban generando una peor prestación.

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

Lo que es cierto, es que en España existe un problema de educación cívica y conciencia ciudadana, frente a otro problema de reorganización asistencial que ha de ser efectivo en recursos y tiempo de respuesta en relación a la patología de cada paciente. Hay dolencias como simples dolores de muelas, catarros, o un dolor de cabeza, que no son una urgencia y pueden sufrir demora, muy por el contrario ante una sospecha de infarto de miocardio, donde existe un riesgo vital. Por ende, la problemática se agudiza en época de frío donde la falta de planificación queda al descubierto. Simplificando,

mientras se siga haciendo un uso abusivo de las mismas y no se activen recursos de apoyo, como aumento de camas o apertura de consultas de ambulatorio, la situación no tendrá carices de arreglo y seguirá siendo perpetua en tiempo y forma.

Otra de las explicaciones a la saturación y a que el número de reclamaciones se haya incrementado en este servicio, la encontramos en el recorte horario en los centros de salud. Pero sobre todo, por **la supresión de los servicios de Urgencias nocturnas rurales en muchas localidades de todo el territorio español que ha hecho estragos en la ciudadanía cobrándose vidas humanas**. Las regiones más afectadas, donde decenas de pueblos se han visto perjudicados por este tipo de medida, que no es más que sinónimo de atentar contra la salud pública, han sido Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Cataluña, Navarra y Madrid. Entendemos que no puede olvidarse la necesaria racionalización del gasto público, pero este principio no debe imperar sobre el derecho de los pacientes a obtener una adecuada protección de su salud.

De hecho, por ejemplo en lo que concierne a Castilla-La Mancha, el gobierno de Cospedal sufrió un duro revés por parte del Tribunal de Justicia, que mediante un auto obligó a mantener abiertas las Urgencias de salud de tres pueblos (Tembleque, Adobes y Durón). Dicho auto, lo que vino a decir es que *“el ahorro económico no es equiparable a los serios riesgos sobre la salud y la vida humana”*.

En realidad, lo que el Tribunal de Justicia de Castilla-La Mancha hace es aplicar la lógica y el sentido común. Afortunadamente, con el paso del tiempo se han ido reabriendo la mayoría de las Urgencias nocturnas rurales de las regiones que anteriormente hemos mencionado, aunque de nuevo, queda la duda de si esto se convertirá en un futuro tira y afloja con la ciudadanía, especialmente en Castilla y León, donde más de 80 pueblos se vieron afectados, vaya por delante, con la insolente excusa de sus responsables sanitarios que alegaron el cierre a la poca frecuencia.

Para concluir este apartado, como hacemos de forma habitual todos los años, a continuación mostramos un listado, por orden, de los Hospitales que más reclamaciones hemos recibido por parte de los pacientes que han hecho uso de sus servicios de Urgencias:

- 1º. **Complejo Hosp. Virgen de la Macarena** (Sevilla)
- 2º. **Hospital Universitario Miguel Servet** (Zaragoza)
- 3º. **Complejo Hosp. Regional Virgen del Rocío** (Sevilla)
- 4º. **Complejo Hosp. Universitario A Coruña – CHUAC**
- 5º. **Hospital Universitario de Cruces** (Bilbao)
- 6º. **Hospital Universitari Vall d’Hebron** (Barcelona)
- 7º. **Complejo Asistencial Son Espases** (Mallorca)
- 8º. **Complejo Hospital Univ. Ntra. Sra. de la Candelaria** (Canarias)
- 9º. **Complejo Asistencial de León**
- 10º. **Complejo Hospital San Pedro** (Logroño)

Las LISTAS de ESPERA baten sus propios RÉCORDS

Los guarismos de las listas de espera siguen aumentando. Son el cuento de nunca acabar. Según nuestras estimaciones, **en la actualidad, 623.800 pacientes se encuentran a la espera de una intervención quirúrgica. Y la demora media para las operaciones alcanza ya los 100 días.** Las cifras que nosotros barajamos, difieren en parte de las que esgrimen tanto las Consejerías de Salud como el Ministerio de Sanidad. Nuestros cálculos son el resultado de la información que la Administración Sanitaria facilita al respecto, contrastándolos con los casos que se nos denuncian y con nuestras fuentes de información (diferentes colectivos médicos).

De nuevo la gestión de nuestros dirigentes queda en entredicho. Los dígitos son desalentadores. Y eso que la mayoría de las Consejerías de Salud los adulteran. Algunas como Andalucía, Aragón o Castilla-La Mancha ni los publican o lo hacen de manera sesgada. No dudamos que su silencio está relacionado con el aumento de las mismas por los recortes presupuestarios, que han obligado a abandonar los planes de choque para reducirlas. Pero hemos de indicar que aunque estos planes siempre se utilizan como primera solución, son un arma de doble filo porque no son del todo efectivos y principalmente suponen el enriquecimiento de las arcas de la privada.

Por lo tanto, las razones, de esta tendencia al alza, podemos encontrarlas en la **reducción de los conciertos con la sanidad privada y la supresión en varias comunidades de las peonadas de tarde** en los hospitales.

Dentro de este apartado, el control brilla por su ausencia. No hay criterios iguales a nivel de comunidades. A pesar de existir una **normativa estatal que fija en 180 días el tope máximo en las listas de espera para operación**, muchas de ellas manipulan las cifras a su antojo de forma partidista para no superar estos parámetros. Las cifras que divulgan están totalmente politizadas. Llama la atención que siendo todos los ciudadanos beneficiarios de la acción protectora de la sanidad pública, nuestros derechos difieren en función de la comunidad donde residamos.

Consecuencia de todo lo que apuntamos y tras conocer los datos ofrecidos por la Administración Sanitaria, el pasado 5 de septiembre nos vimos en la obligación de presentar una demanda ante los Juzgados de Plaza Castilla contra el Gobierno, el Ministerio de Sanidad y las CCAA por una supuesta omisión de socorro y dejación de funciones ante el incremento de las listas de espera y, en definitiva, por un presunto delito contra la salud pública.

Deducimos que los datos que ofrece el Ministerio no son reales y no sólo en espera para cirugía, sino también para tratamientos, puesto que a lo largo del año hemos recibido reclamaciones de pacientes con patologías oncológicas que llevaban hasta tres meses esperando para recibir quimioterapia, lo que significa un atentado contra sus vidas.

Concretamente, denunciemos que el Ministerio de Sanidad y las CCAA, en la medida en que son el garante de estas, no ponen los medios necesarios que a nuestro juicio sería un aumento de personal, no cerrar quirófanos ni planta y no despedir facultativos.

De este modo también, hemos elaborado un **DECÁLOGO de ayuda para poder sobrevivir a una lista de espera** y evitar que la salud de los pacientes empeore. Las recomendaciones son las siguientes:

1º. Si el volante que emite el médico de cabecera para ser visitado por el especialista, excede de 1 mes en casos normales, ó sobrepasa los 10 días cuando es preferente, ó supera los 3 días cuando es un urgente, se debe presentar una reclamación escrita al centro de salud u hospital, señalando que cualquier pérdida de oportunidad terapéutica será responsabilidad de ellos.

2º. En el caso de una urgencia, si la cita no se concede de inmediato, habrá que reclamar por escrito, advirtiendo que se acudirá a la sanidad privada con cargo a la Administración. El paciente ha de saber que la Ley indica que el reintegro de gastos se concede en casos de urgencia vital.

3º. En caso de necesitar una intervención quirúrgica se debe solicitar por escrito la fecha en la que el paciente es incluido en la lista de espera, el tiempo previsible de demora, y también la opinión del médico sobre el tiempo que recomienda para la operación.

4º. La espera para tratamiento o prueba diagnóstica no debe superar los 2 meses. Si es superior, se debe dejar constancia por escrito del posible agravamiento de la patología que aún se desconoce.

5º. Cualquier secuela física originada por el tiempo de espera se puede denunciar tanto en la Consejería de Salud correspondiente como en los Tribunales.

6º. Para patologías cardiacas u oncológicas, la espera no puede exceder 1 mes. En caso de alargarse el tiempo de espera se debe presentar una demanda en los Tribunales por “denegación de asistencia”.

7º. En caso de que al paciente se le ofrezca la posibilidad de ser intervenido en un hospital privado, pero no esté de acuerdo, tiene el derecho a negarse por escrito sin permitir que le amenacen con colocarle el último de la lista como castigo por su negativa.

8º. Después de ser intervenido si el paciente recibe el alta hospitalaria sin encontrarse en óptimas condiciones, se debe presentar reclamación escrita en el centro de salud correspondiente, alegando ‘alta indebida’.

9º. Si se mantiene una espera excesiva, el paciente puede redactar un relato de hechos, con sus datos y número de teléfono, remitiéndolo al e-mail de ‘El Defensor del Paciente’ para que cursemos la reclamación: defensorpaciente@telefonica.net

10º. Si esto no fuera efectivo, se debe acudir al Juzgado de Guardia y exponer la omisión de socorro y el agravamiento de la patología.

Analizando el estado de las listas de espera, región por región, a nuestro modo de ver, **Castilla-La Mancha, Cataluña, Canarias y Galicia y son las peor paradas.** Igualmente cabe destacar el notable empeoramiento que han sufrido comunidades como **Madrid y Andalucía**, muy equidistantes también con **Castilla y León**.

Si las estadísticas habían ido aumentando de forma imparable en **Castilla-La Mancha** desde la llegada al poder de Cospedal, definitivamente se han visto salpicadas por un caso de importante repercusión mediática, como ha supuesto el de la esposa del Consejero de Educación, que en un gesto de amiguismo político pasó por delante de 20 pacientes con su misma dolencia y de más de 300 con otras patologías, para ser operada en el Hospital Universitario de Albacete. Nos preguntamos cuál será la siguiente algarabía sanitaria si esta señora fue operada en 15 días cuando otros afectados en idéntica situación aguardan más de un año. Lamentablemente el tráfico de influencias que utilizó la mujer del Consejero fue justificado por el SESCAM conforme a criterios médicos, o lo que es lo mismo, una clara burla a la inteligencia de los castellano manchegos, que bastante buenos son y poco reivindicativos. Demasiado aguantan, sin recibir datos renovados sobre el estado de las listas de espera en la comarca, durante prácticamente todo el año. Y es que el caso concreto anteriormente apuntado, es una simple nimiedad si lo comparamos con otros que suponen un **verdadero escándalo: 160 días de demora media para cirugía, 50.000 pacientes aguardando una operación, cierre de miles de camas, derivación de pacientes a Madrid pudiéndose operar en Toledo o Albacete, algunos hospitales practican las resonancias en camiones de empresas privadas aparcados en la puerta, etc.** A estas alturas, cuesta mucho comprender que Echániz, el brazo ejecutor de Cospedal, después de una labor repleta de despropósitos al frente de la sanidad madrileña y la sanidad castellano manchega, siga siendo Consejero de Salud cuando su tarea siempre ha ido encaminada al desmantelamiento de la pública en beneficio de la privada.

En relación a **Cataluña**, continúa en el mismo perfil de declive que en años anteriores, de ahí que la contratación de seguros médicos privados haya ido al alza notablemente. Intervenciones de prótesis de cadera, artroscopias de rodilla, operaciones de cataratas, amígdalas, colecistectomías, etc., son patologías que a día de hoy, para ser practicadas, en muchas ocasiones rebasan sobradamente los 130 días de espera. Los hospitales de Vall d'Hebron y Bellvitge son los que mayor número de pacientes acumulan. Aparte cabe destacar que dos centros como el Hospital Germans Trias i Pujol y el Hospital Sant Joan de Reus han estado en el disparadero, de forma constante, a lo largo del año, debido a sospechas de manipulación en el cómputo de las cifras, producto de una infructuosa gestión en las entradas y las bajas de pacientes. De hecho, para denunciar estas anomalías en los hospitales públicos catalanes, ha sido muy llamativa la campaña que han llevado a cabo diversos colectivos de ciudadanos bajo el lema **'No te vayas sin hora, tienes todo el derecho'**.

Si nos fijamos en que el gobierno canario, en 2011, destinó más de 11 millones de euros para planes de choque de reducción de las listas de espera, y sin embargo, este año no han sido más de 2 millones, quizás encontremos la justificación a que **Canarias** siga siendo una de las comunidades que peores números arroja dentro de este apartado. Que un paciente deba esperar una media de 4 meses para ser operado es realmente sangrante. La desigualdad con respecto a otras regiones es tremenda, ya que por ejemplo triplica la demora con La Rioja o el País Vasco. Casi 33.000 personas en espera de intervención son las peores cifras de la historia reciente de la sanidad pública canaria,

lo que demuestra que el cometido del SCS ha sido nulo e inoperante. Pese a que la Consejera mantenga que las cifras son menores, no es más que una estrategia de opacidad a base de apertura y cierre de agendas. De este modo la Candelaria y el Universitario de Canarias son los centros sanitarios que mayor número de pacientes acumulan. Por especialidades, las más numerosas son las de digestivo, reumatología, rehabilitación y dermatología. El deterioro en la calidad asistencial es palpable fruto de la escasa inversión y la importante reducción de las peonadas, que han situado al archipiélago en el décimo puesto del ranking de las CCAA según el presupuesto sanitario destinado por persona protegida.

Continuando con el análisis, la situación en **Galicia** es muy similar a Canarias, situándose en 120 días el tiempo medio de espera en la quirúrgica. Las cifras son demenciales y están adulteradas, decir otra cosa sería vender humo, máxime ahora con las recientes jornadas de huelga del sector sanitario en contra de las privatizaciones. Los datos que baraja la Consellería de Sanidade no son del todo reales, por el entramado de pasar pacientes de la lista estructural a la no estructural. En este sentido, el CHUVI y Povisa son los centros hospitalarios más deficientes del SERGAS. Los pacientes gallegos que más tiempo han de aguardar para ser intervenidos son los de especialidades de oftalmología, cirugía vascular y traumatología por este orden. Además, el programa de la *'Ley de Garantías de Prestaciones Sanitarias'* aprobado por la Xunta ha sido un chasco y simplemente ha significado un mero marketing político, dado que ni por asomo se ha mejorado en relación a 2012.

Por otro lado, examinar el contexto de **Andalucía** dentro de este conglomerado es equivalente a hablar de falta de transparencia. Si el SAS ha estado más de un año sin actualizar sus listas de espera, ha sido porque no le interesaba y porque sus administradores tenían que redondear y acicalar los guarismos a su forma, al ser la comunidad con mayor número de pacientes en espera quirúrgica. Puntualicemos que la comunidad andaluza es la penúltima española en gasto sanitario por habitante, tiene la ratio más baja de médicos, es la segunda región con peores datos en número de profesionales de enfermería y para mayor agravante cuenta con la tasa de camas en hospitales públicos más baja de España. Si también añadimos una considerable disminución de conciertos con las clínicas privadas, sólo así se entiende que actualmente unos 95.000 pacientes se encuentren en espera de cirugía y la dilación media para tal efecto se sitúe en los 95 días. La mayor demanda en este aspecto se concentra en artroscopias, cataratas, intervenciones de próstata, prótesis de cadera, hernias inguinales, varices y reparaciones de deformidades de los pies.

Las cifras tampoco son muy halagüeñas en la **Comunidad de Madrid**, que a lo largo de todo 2013 ha pagado los efectos de la huelga en los meses de noviembre y diciembre de 2012, así como otras jornadas posteriores en mayo y junio de este año. Por este y otros motivos Lasquetty está sentenciado, y nos tememos que no durará mucho en el cargo, entre otras razones por no haber sabido controlar la *'Marea Blanca'*, ese conjunto de colectivos que organiza movilizaciones para defender la sanidad pública en protesta por los recortes y los planes privatizadores. De este modo, son más de 70.000, los enfermos que engrosan la lista quirúrgica, encontrándose las máximas demoras en traumatología, digestivo, oftalmología y urología. El transcurso medio para pasar por quirófano lo ubicaremos en unos 70 días, nada que ver con el famoso eslogan electoral, tiempo ha, de 30 días. Concluyendo, esta problemática no se solventará mínimamente,

mientras no se supriman los contratos precarios y se garantice un empleo médico digno que permita acrecentar el rendimiento.

En otro orden de cosas, los registros en la **Comunidad Valenciana** también se han disparado de forma cuantitativa y cualitativa. Fundamentalmente por el fracaso del programa de autoconcierto por el que los profesionales operaban fuera de su horario habitual. De esta forma, el Conseller, Manuel Llombart, ha dado marcha atrás a la anulación del acuerdo con las clínicas privadas y lo ha activado de nuevo, pero es una decisión muy poco acertada, más bien diríamos que es una decisión que esconde cierto interés económico. Fijémonos en que el autoconcierto ha conllevado una inversión de 2 millones de euros para atender a 5.000 personas, cuando por el contrario el Plan de Choque de 2011 supuso un gasto en ese año de 22 millones de euros para operar a casi 23.000 pacientes. La diferencia es considerable, por lo que urgen medidas inmediatas si observamos que los intervalos para ser operado oscilan en torno a los 85 días y que son unos 54.000 valencianos los que están pendientes de pasar por el quirófano. El punto débil lo encontramos en cirugía general y digestiva, traumatología y otorrinolaringología.

Sobre el estado de **Castilla y León**, los datos también son preocupantes, debido en parte a que ha ocurrido prácticamente lo mismo que en la comunidad valenciana con la supresión de operaciones en jornada extraordinaria y la caída de acuerdos con centros privados. Por consiguiente, la tardanza aproximada para intervenir ronda los 111 días, mientras que el año anterior eran 84 días. Además, la perspectiva es muy pareja a la gallega con cerca de 40.000 ciudadanos aguardando algún tipo de cirugía. Los hospitales que peores cifras ofrecen, por orden, son el Clínico de Valladolid, el Complejo de Burgos y el del Bierzo; y las patologías que más se han estancado en toda la región son cirugía pediátrica, cirugía vascular, angiología y traumatología. Por lo tanto, percibimos que la estrategia del 'Real Decreto-Ley 16/2012' es sencillamente de ahorro en lugar de priorizar en la calidad asistencial, ya que no es de recibo casos tan lamentables como los acaecidos en el sector sanitario de León, donde dos pacientes con dolencias de extrema gravedad, fallecieron de aneurisma antes de ser llamados para operar. Si se mantiene el recorte de personal, desafortunadamente estos tristes sucesos se seguirán ocasionando.

Extremadura con un período situado sobre los 116 días, igualmente suspende dentro de este esquema. La tendencia de sus números es claramente ascendente, aunque el SES diga lo contrario, manipulando supuestamente el cómputo total de pacientes (como hace gran parte de las CCAA) a través de la lista de espera estructural y la lista de espera no estructural. Actualmente, en muchas ocasiones, los extremeños para ser intervenidos, pueden permanecer de 6 meses a 3 años. Durante este proceso el afectado puede ir de puerta en puerta, entre cita con su médico de cabecera, derivación al especialista, pruebas diagnósticas, cita de nuevo con el especialista para valorar su diagnóstico, inclusión en la lista y tiempo añadido hasta ser llamado para la cirugía. Operaciones de otorrinolaringología, traumatología, urología y cirugía general contabilizan esperas superiores a 6 meses. La sanidad extremeña ha enfermado sustancialmente. Prueba de ello es que el 26% de sus ciudadanos, en el último barómetro del CIS consideran la asistencia sanitaria un problema. Para intentar reconducir este panorama, el SES ha ideado un plan para disminuir los tiempos de espera, conocido como 'Estrategia 2014', cuya idea parece ser que es reforzar las plantillas a través del incremento de contrataciones de personal. Está por ver.

Junto a la comunidad extremeña, **Baleares, Cantabria y Navarra** de igual manera han sobrepasado de forma acentuada la media nacional de días para intervención, 109, 107 y 102 respectivamente. En los tres casos la radiografía es muy similar con demoras inaceptables y de récord, siendo muy llamativo el deterioro general que han experimentado los dos últimos años en los que prácticamente han duplicado sus cifras. Las especialidades que superan con creces los tiempos apuntados anteriormente en Baleares son: cirugía coronaria, cirugía valvular, prótesis de rodilla, prótesis de cadera y cataratas. En Cantabria: cirugía plástica, cirugía pediátrica, traumatología y urología. Y en Navarra: traumatología, oftalmología, cirugía de digestivo y ortopedia. A la vista está que las acciones puestas en marcha hasta ahora, para recortar los plazos en las tres comunidades, han sido necesarias pero insuficientes.

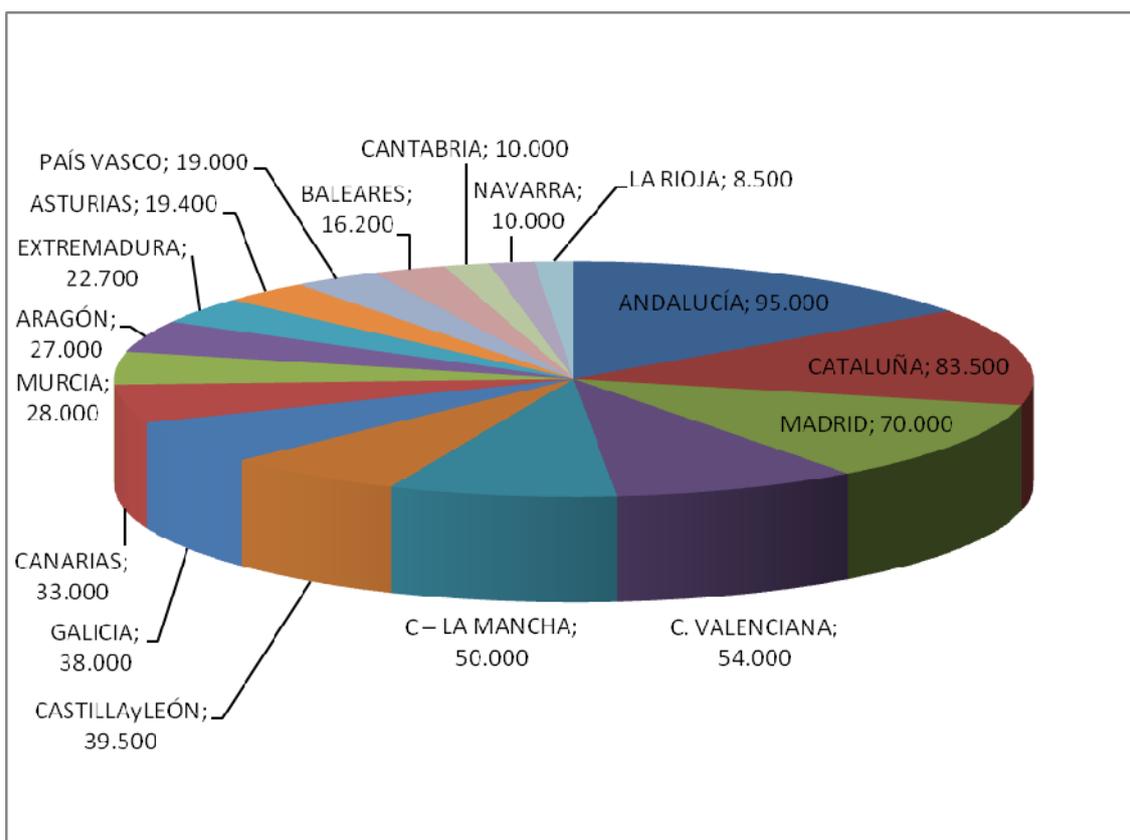
Otras dos que no hacen los deberes son **Aragón y Murcia** debido al cierre de quirófanos en horario vespertino durante gran parte del año y por la baja tasa de sustitución del personal sanitario. Aparte, lo que es bochornoso es que ambas lleven más de medio año sin clarificar los plazos de la quirúrgica. Aún así, en Aragón estimamos que en estos momentos se superan los máximos históricos de 2012, lo cual resulta muy embarazoso, con unos 27.000 aragoneses que esperan ser avisados para ser operados, calculando una dilación de más o menos 75 días. Los máximos retrasos los encontramos en traumatología, cirugía general, oftalmología y otorrinolaringología. Asimismo cabe apuntar que el cese, después del verano, en la derivación de pacientes a clínicas privadas no ha aliviado esta congestión, por lo que urge un nuevo programa de choque y una elemental inyección económica dado que Aragón se encuentra entre las CCAA que más recortan en sanidad. Lo mismo como decimos sucede con Murcia, que precisa un plan que frene el incremento que ya se eleva hasta los 28.000 pacientes pendientes de cirugía, o para que se dé fluidez a la práctica de mamografías en la mayoría de los hospitales de la región puesto que las esperas se han triplicado en el último año.

En la zona templada se posiciona **Asturias**, que si bien los plazos que maneja el SESPA no son para lanzar cohetes, comparándolos con los del resto del territorio español se pueden considerar dentro de la normalidad. No obstante, aquí también se suaviza el número de pacientes el día antes de dar los datos y luego se les vuelve a incorporar pasados unos días. Nada nuevo, reiteramos que son las argucias empleadas por la mayoría de las CCAA. De este modo, la demora quirúrgica se ha reducido ligeramente en proporción al pasado ejercicio, pasando de 79 a 75 días, e igualmente el número de pacientes que la completa ha ascendido ligeramente hasta los 19.400.

Finalmente, debemos destacar que únicamente podemos aprobar la gestión del **País Vasco y La Rioja**.

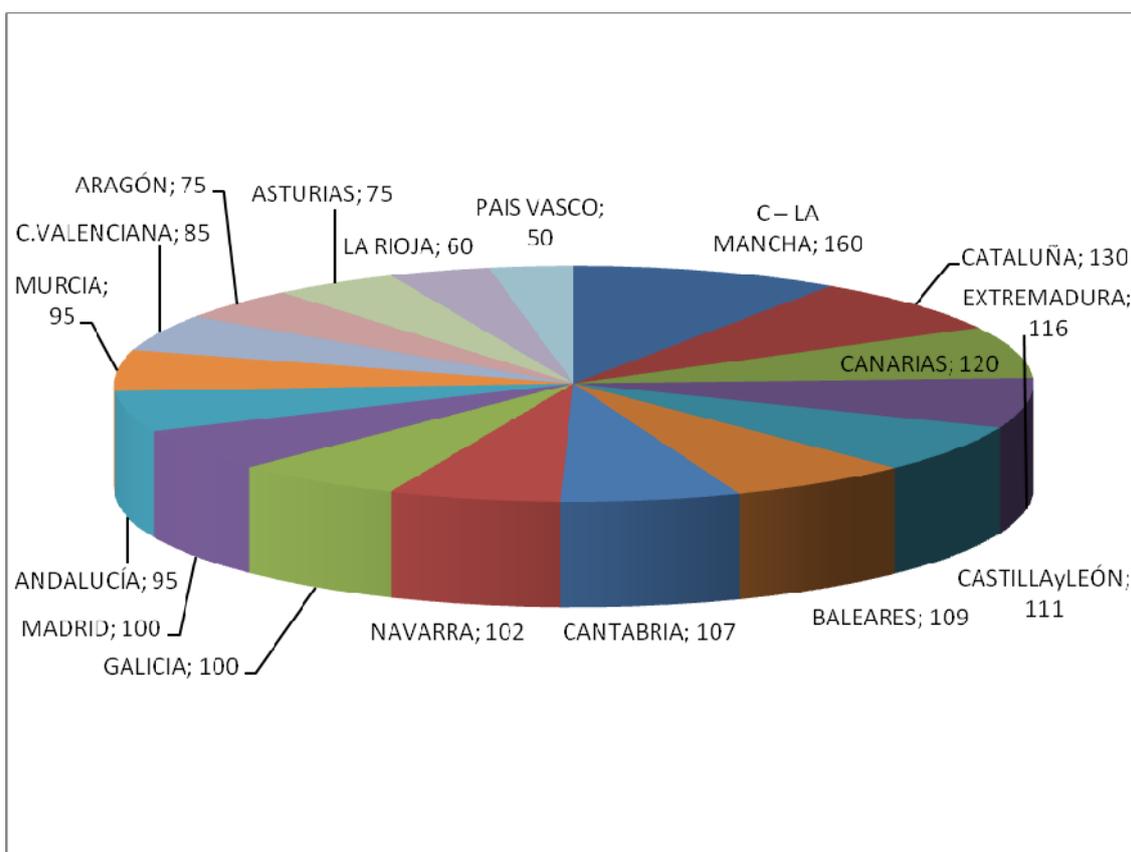
Como conclusión, puntualizaremos que tener una lista de espera cero sería una utopía, sabemos que eso nunca va a suceder, pero cuesta creer en el trabajo de nuestros mandatarios sanitarios, que en lugar de buscar fórmulas para solventar el problema de la lista de espera, tengan por objetivo manipular con tal de ofrecer a la opinión pública unas cifras menores en correlación al curso anterior.

623.800 PACIENTES en LISTA de ESPERA QUIRÚRGICA - 2013



COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº de PACIENTES en LISTA ESPERA
ANDALUCÍA	95.000
CATALUÑA	83.500
MADRID	70.000
C. VALENCIANA	54.000
C - LA MANCHA	50.000
CASTILLA y LEÓN	39.500
GALICIA	38.000
CANARIAS	33.000
MURCIA	28.000
ARAGÓN	27.000
EXTREMADURA	22.700
ASTURIAS	19.400
PAÍS VASCO	19.000
BALEARES	16.200
CANTABRIA	10.000
NAVARRA	10.000
LA RIOJA	8.500

100 días de DEMORA media para INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA – 2013



COMUNIDAD AUTONOMA	DEMORA MEDIA en días para INTERVENCIÓN
C – LA MANCHA	160
CATALUÑA	130
CANARIAS	120
EXTREMADURA	116
CASTILLA y LEÓN	111
BALEARES	109
CANTABRIA	107
NAVARRA	102
GALICIA	100
MADRID	100
ANDALUCÍA	95
MURCIA	95
C.VALENCIANA	85
ARAGÓN	75
ASTURIAS	75
LA RIOJA	60
PAIS VASCO	50

LEY del ABORTO: La Reforma de Gallardón está dedicada a una minoría, sin respeto de la voluntad mayoritaria.

La reforma de la ley del aborto en España ha supuesto un abuso de poder en toda regla por parte de Gallardón, en un claro guiño para contentar al brazo más conservador del partido político al que representa. Las críticas no se han hecho esperar. Incluso dentro del PP. Y no sólo en España, sino en diferentes medios de comunicación europeos, que han llegado a tachar la medida como una violación del principio de la política democrática al suplantar con decretos estatales las opiniones de ciudadanos privados individuales.

El gobierno español no debe permitir este protagonismo de Gallardón, loco por gobernar con reformas polémicas y deliberadamente limitativas de derechos fundamentales y libertades públicas. De hecho, a ningún ciudadano de la Comunidad de Madrid se le olvida la lucha de poder que ejerció contra Esperanza Aguirre, un claro ejemplo de su desmedida ambición.

Esta última locura jurídica tendrá consecuencias muy negativas e injustas:

- Supondrá que los ciudadanos con más recursos económicos puedan interrumpir las gestaciones fuera de España.
- Los ciudadanos con menos recursos, la mayor parte de la población, tendrá la obligación de traer al mundo a un niño con malformaciones graves al que no podrán atender.
- Será un niño que nacerá desamparado por el Estado. Esto no le importa a Gallardón, que no ha previsto medida alguna de ayuda para estas familias, únicamente la obligación de soportar las consecuencias. Gallardón ha pensado en la protección del embrión y del feto, pero ha olvidado la protección de la madre y, por supuesto, la protección integral del menor.
- Permite una disminución de la prudencia en los controles gestacionales y un mayor intrusismo en la profesión, dado que el médico nunca responderá por no haber detectado las malformaciones durante el embarazo.
- Permitirá el nacimiento de niños sin posibilidad de supervivencia. La reforma obliga a traer al mundo a un niño aunque su esperanza de vida sea de horas. Esto, a su vez, provocará un incremento del dolor para la madre, padre y resto de familiares.

En resumidas cuentas, entendemos que es una ley funesta que previsiblemente conllevará consecuencias lamentables. Nadie puede negar a nadie su derecho a ser madre, como tampoco nadie puede obligar a nadie a serlo.

Las ideas no deben interferir con la sensatez, porque el ser humano nace para vivir no para sufrir, por lo que no debe ser condenado con esta ley a un sufrimiento para familias y bebés.

La sanidad no tiene ni debe tener color político, y en este caso tampoco, ya que está el derecho a la decisión de la mujer, que lejos de gustarle abortar, le obligan circunstancias de su vida.

JUSTICIA: La falta de control del Tribunal Supremo sobre las Resoluciones adoptadas por algunos TSJ está permitiendo verdaderas injusticias e insultos a las víctimas de negligencias médicas.

La reducción de las indemnizaciones hasta límites muy por debajo de lo que marca el baremo de accidentes de tráfico, que se aplica por analogía a las negligencias médicas, ha llevado a un incremento muy acentuado de los litigios. Las Aseguradoras, favorecidas por esta situación, de igual forma están llevando todos los asuntos a juicio sin permitir acuerdos extrajudiciales. Los diferentes TSJ hacen caso omiso al TS cuando señala que en materia de negligencias médicas, los baremos de tráfico para el cálculo indemnizatorio no son suficientes para la reparación del daño. Para colmo, las medidas de agilización han impedido los recursos y cuando proceden están sujetos a unas tasas tan elevadas que impiden en la práctica el acceso al TS.

Cabe recordar que tras las medidas de “agilización de la justicia” no cabe recurso de casación ordinario frente a los asuntos cuya cuantía no supere los 600.000 Euros. De esta forma, el Tribunal Supremo ha dejado de controlar y revisar la doctrina de los diferentes Tribunales, lo que está llevando a que determinadas secciones de Tribunales Superiores de Justicia que dedican su actividad a resolver litigios sobre negligencias médicas por responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, aunque son una minoría, realicen conductas que contradicen con total libertad e impunidad la doctrina reiterada del TS, sin pudor ni miedo a ser corregidas.

Aunque existen muchos ejemplos, uno muy claro lo encontramos en la Sección Décima del TSJ de Madrid que aplica a todos los asuntos el criterio de la pérdida de oportunidad para pagar cualquier negligencia médica con el mismo precio. Un precio que insulta a los perjudicados.

El motivo de la pérdida de la posibilidad terapéutica viene dado con ocasión de la omisión de la diligencia debida por parte de los servicios sanitarios; en estos supuestos de omisión se desconoce con certeza cuál habría sido el resultado si no hubiera existido la negligencia médica, lo que sucede en más del 90% de los casos.

Que la víctima deba soportar la carga de la prueba, a la hora de acreditar qué resultado habría acontecido si hubiera recibido la asistencia médica que merecía, no parece lo más adecuado. Es lo que sostiene el TS pero el TSJ de Madrid no lo aplica.

La Sala 3ª del Tribunal Supremo, en Sentencia 26-3-2012, como ya señaló en sentencia de 7-7-2008 tiene advertido que: *“Acreditado que un tratamiento no se ha manejado de forma idónea, o que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría llegado al desenlace que motiva su reclamación. Con tal forma de razonar se desconocen las especialidades de la responsabilidad pública médica y se traslada al afectado de la carga de un hecho de demostración imposible, pues, probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que, en realidad, actuó como era exigible”*.

De forma injustificada e incorrecta el TSJ de Madrid, una y otra vez, ante la pérdida de oportunidad indemniza con importes de 12.000 a 15.000 Euros, en el mejor de los casos, y le da igual el resultado y las posibilidades del paciente, nada importa. Tristemente, conocemos muchos supuestos de víctimas y perjudicados de negligencia médica que ahora se han convertido en víctimas y perjudicados de la actividad judicial.

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

- **798 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médica** hemos recibido durante 2013 en El Defensor del Paciente, lo que equivale a **106 pacientes más que en 2012**. Los casos más habituales se han producido por mala praxis: intervenciones mal realizadas, altas precipitadas, atención deficiente, infecciones hospitalarias, retrasos en ambulancias, etc. Pero la principal razón se debe al **error de diagnóstico** y a la pérdida de oportunidad terapéutica como consecuencia de la falta de medios por los recortes sanitarios.
- **315 casos**, son los que hemos recibido de **personas que se sometieron a una intervención de cirugía plástica, reparadora y estética, con resultado insatisfactorio**. La cifra se ha reducido ostensiblemente sinónimo de que con la crisis las personas se someten en menor medida a este tipo de intervenciones.
- **149 bebés** nacieron con alguna discapacidad, lo que supone un número similar al del año anterior, en relación a partos llevados de forma inadecuada o con fórceps, causando secuelas como sufrimiento fetal, parálisis cerebral o braquial, etc. Lo triste en este apartado, es que en numerosos de estos casos los ginecólogos no informan a los padres durante el embarazo de las malformaciones del feto y luego muchos fallecen a las pocas horas de nacer porque son incompatibles con la vida.
- **77 fallecidos**, en casos en los que tras avisar al **112**, o bien **no se envió una ambulancia al domicilio** para trasladar al enfermo a un hospital, o bien en esos casos la respuesta fue tardía con más de una hora de retraso.
- **66 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.
- **93 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 9 casos más contabilizados con respecto a 2012.
- **101 casos de afectadas por depilación láser**. Este es un dato muy a tener en cuenta, pues es una técnica que durante los últimos años ha incrementado su práctica dentro de las cadenas de estética. Algunas de ellas, utilizan láseres que no son de buena calidad, además de que el personal que realiza estos tratamientos, en muchos casos no son médicos, y por lo tanto, no están cualificados a tal efecto. Mientras que la Administración Sanitaria no realice controles estrictos y conceptúe una normativa de obligado cumplimiento que legisle su uso, única y exclusivamente por personal médico, nos seguiremos encontrando con personas que sufren quemaduras importantes.
- **59 casos de contagiados por hepatitis C (VHC)**. El guarismo asciende mínimamente en relación al año anterior, con 3 casos más. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.
- **31 casos de intervención lásik (oftalmología)** con mal resultado, secuelas o pérdida de visión. La cifra es muy parecida en relación a 2012. En realidad, hace más de una década aproximadamente, cuando comenzó a practicarse este tipo de cirugía se producían más negligencias en este sentido por la escasa preparación de algunos médicos al ser una técnica novedosa.

ESTADÍSTICAS por COMUNIDADES más denunciadas: HOSPITALES y PATOLOGÍAS.

1. MADRID (3.601 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

2. ANDALUCÍA (2.113 Casos).

- Sevilla 623
- Málaga 570
- Cádiz 289
- Córdoba 200
- Granada 146
- Almería 115
- Jaén 96
- Huelva 74

-Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

3. CATALUÑA (2.024 Casos).

- Barcelona 1608
- Tarragona 238
- Girona 111
- Lleida 67

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Universitari Vall D'Hebron
- 2º Hosp. Universitari de Bellvitge
- 2º Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona
- 4º Hosp. de Sabadell – Parc Taulí
- 5º Hosp. de la Santa Creu i Sant Pau

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

4. COMUNIDAD VALENCIANA (1.370 Casos).

- Valencia 796
- Alicante 501
- Castellón 73

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

5. GALICIA (755 Casos).

- A Coruña 333
- Pontevedra 313
- Ourense 61
- Lugo 48

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hosp. Universitario Santiago de Compostela – CHUS
- 2º Complejo Hosp. Universitario de A Coruña - CHUAC
- 3º Complejo Universitario de Vigo - CHUVI
- 4º Complejo Hosp. de Pontevedra - CHOP
- 5º Complejo Hosp. Arquitecto Marcide – Novoa Santos

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

6. CASTILLA y LEÓN (680 Casos).

- Valladolid 185
- León 165
- Burgos 74
- Salamanca 63
- Zamora 49
- Ávila 43
- Segovia 47
- Palencia 35
- Soria 19

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

7. CASTILLA-LA MANCHA (665 Casos).

- Toledo 232
- Ciudad Real 197
- Albacete 109
- Guadalajara 88
- Cuenca 39

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

8. MURCIA (572 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca
- 2º Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena
- 3º Hospital J. M. Morales Meseguer
- 4º Hospital General Universitario Reina Sofía
- 5º Hospital Univ. Los Arcos del Mar Menor

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

9. PAÍS VASCO (519 Casos).

- Vizcaya 340
- Guipúzcoa 122
- Álava 57

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

10. CANARIAS (388 Casos).

- Sta. Cruz de Tenerife 215
- Las Palmas de G.C. 173

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

11. ARAGÓN (371 Casos).

- Zaragoza 260
- Huesca 95
- Teruel 16

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Miguel Servet
- 2º Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

- 3º Hospital General San Jorge
- 4º Hospital Royo Villanova
- 5º Hospital de Barbastro

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

12. ASTURIAS (301 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Central de Asturias
- 2º Hospital San Agustín
- 2º Hospital de Cabueñes
- 4º Fundación Hospital de Jove
- 5º Hospital Monte Naranco

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

13. EXTREMADURA (281 Casos).

- Badajoz 197
- Cáceres 84

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
- 2º Complejo Hospitalario de Cáceres
- 3º Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida
- 4º Complejo Hospitalario Don Benito – Villanueva de la Serena
- 5º Hospital de Media/Larga Estancia de Plasencia

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

14. BALEARES (263 Casos).

- Palma de Mallorca 155
- Ibiza 74
- Menorca 31
- Formentera 3

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Asistencial Son Espases
- 2º Hospital Son Llätzer
- 3º Hospital Can Misses
- 4ª Policlínica Miramar

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

15. CANTABRIA (217 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- 2º Hospital Sierrallana
- 3º Centro Hospitalario Padre Menni

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

16. NAVARRA (82 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

17. LA RIOJA (82 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Servicios y patologías más denunciadas:

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

18. CEUTA y MELILLA (23 Casos).

- Ceuta 16
- Melilla 7

SERVICIOS y PATOLOGÍAS MÁS DENUNCIADAS en 2013

1° - Listas de Espera

2° - Cirugía general

3° - Traumatología

4° - Urgencias

5° - Ginecología y Obstetricia

6° - Transporte sanitario y Ambulancias (112 y 061)

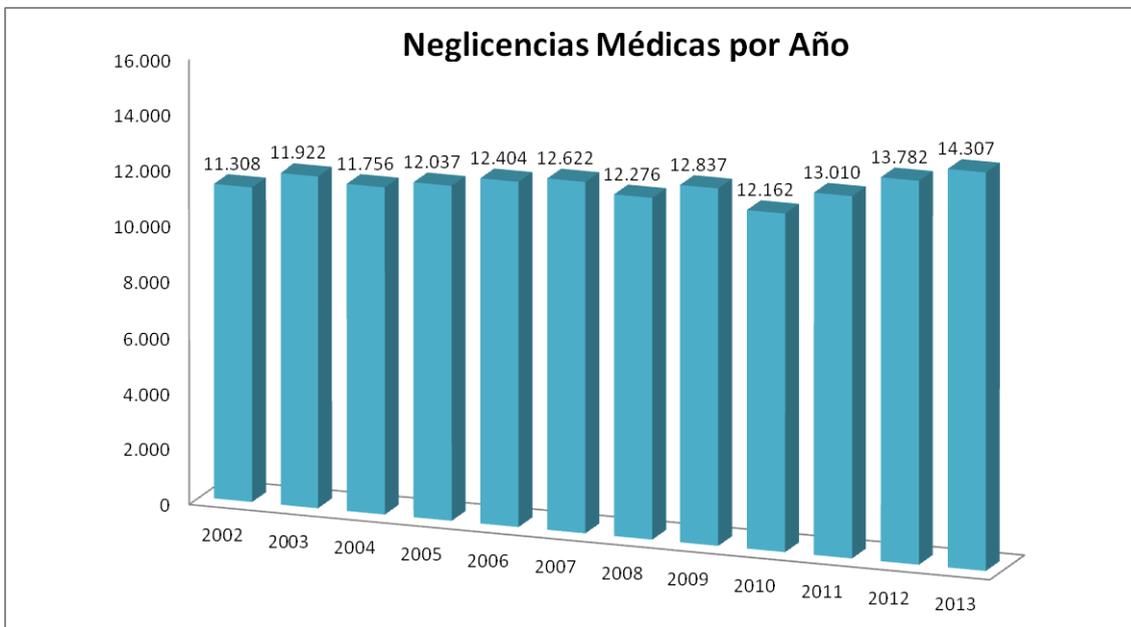
7° - Odontología y máxilofacial

8° - No entrega de historia clínica e informes médicos

9° - Oncología

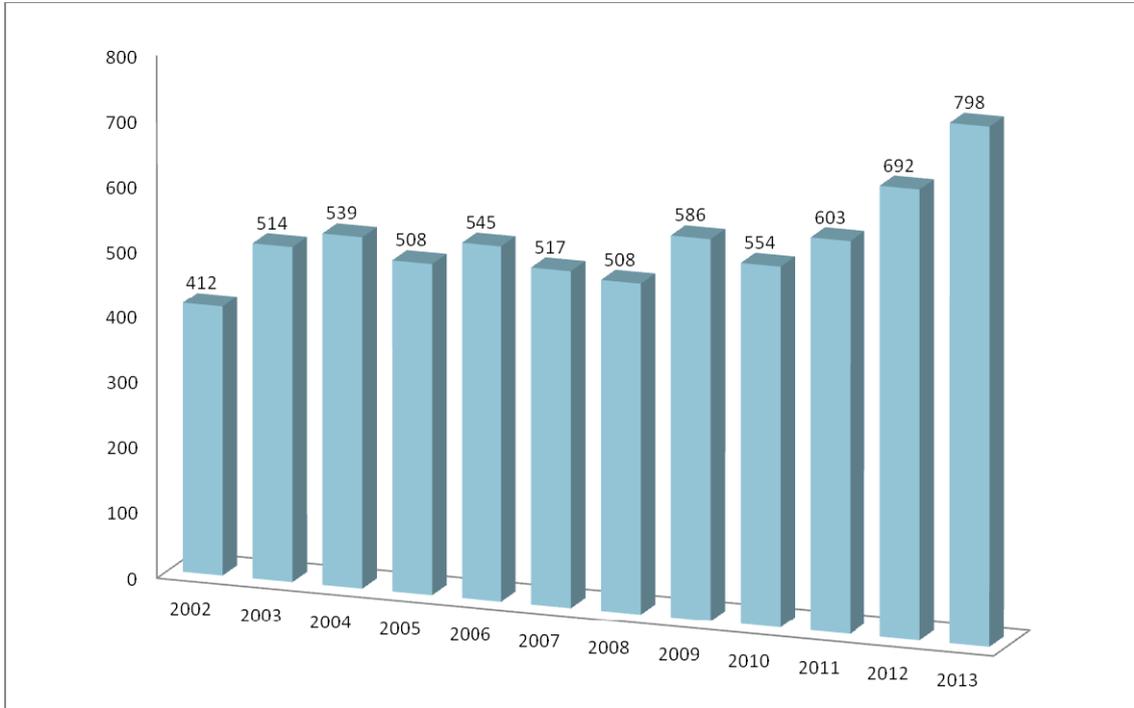
10° - Cirugía plástica, reparadora y estética

ESTADÍSTICAS de casos recibidos en El DEFENSOR del PACIENTE por negligencia médica en el período comprendido entre 2002 y 2013.



AÑOS	NEGLIGENCIAS
2003	11.922
2004	11.756
2005	12.037
2006	12.404
2007	12.622
2008	12.276
2009	12.837
2010	12.162
2011	13.010
2012	13.782
2013	14.307

Fallecimientos por Negligencias Médicas



AÑOS	MUERTES
2003	514
2004	539
2005	508
2006	545
2007	517
2008	508
2009	586
2010	554
2011	603
2012	692
2013	798

ÍNDICE

MEMORIA 2013	1
OPINIÓN	2
La Antítesis a los Recortes	5
URGENCIAS	12
LISTAS de ESPERA.....	14
LEY del ABORTO	22
JUSTICIA	23
Nº de FALLECIDOS, DISCAPACITADOS, etc	24
ESTADÍSTICA 2013 por COMUNIDADES	25
SERVICIOS y PATOLOGÍAS más denunciadas	33
ESTADÍSTICAS NEGLIGENCIAS 2003 / 13	34
ESTADÍSTICAS FALLECIMIENTOS 2003 / 13	35
ÍNDICE	36