



# Asociación El Defensor del Paciente

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

Tf -Fax: 91 465 33 22

www.negligenciasmedicas.com

defensorpaciente@telefonica.net

## MEMORIA 2009

Un error “terrorífico” en la sanidad madrileña ocasiona la muerte de un bebé al que se le suministra alimentación por sonda nasogástrica en lugar de por vena. Dejan unas pinzas quirúrgicas, de 15 cm. de longitud, en intervención a una paciente murciana con cáncer. Un hombre denuncia que le dejaron una gasa dentro durante 30 años. Paciente se somete a una resonancia en Virgen de la Macarena por dolores de espalda, se le seda y fallece. Se le da de cenar en el Clínico madrileño, el mismo día de ser intervenido, por lo que han de vaciarle el intestino. Pide un anticonceptivo pero le recetan unas pastillas para la menopausia y queda embarazada. Un cirujano del Marañón opera a un niño del ojo sano por error. Una mujer sufre un aborto y el hospital la manda a otro centro con los restos en un bote. En Canarias, un menor de 14 años muere tras una operación de muñeca al no recuperarse de la anestesia. Desde 2002, que fue operada en Virgen del Rocío, espera incapacitada a ser intervenida de nuevo debido a que le colocaron una prótesis de húmero al revés. El Sergas da 3 citas a un muerto en lista de espera. Muere un bebé expulsado en el retrete del Hospital de Melilla, bajo condiciones tercermundistas. Pacientes oncológicos de Almería son obligados a hacer 800 km. diarios para 5 minutos de radioterapia. La Fiscalía de Cataluña investiga la muerte de una anciana que esperó 10 horas en un pasillo de Urgencias. Protección de Datos multa al Hospital de Ferrol por negar un historial clínico. Mujer con alzheimer es operada de la cadera equivocada en el Clínico de Málaga. Unos 3.000 pacientes pendientes de otra operación por llevar implantados marcapasos defectuosos. Le niegan la reproducción asistida a una mujer por estar “soltera”. Un paciente de la sanidad andaluza lleva 7 meses esperando rehabilitación tras sufrir rotura de clavícula. Etc., etc.

A tenor de estos atenuantes, con nombres y apellidos, a veces, la realidad de la sanidad española supera a la ficción. Evidentemente no son “deslices” habituales, pero sirven para poner en tela de juicio la práctica del acto médico en nuestro país.

Quizás en algunos casos no se haya actuado de forma coherente, pero a veces las condiciones en las que los sanitarios realizan su trabajo no son las adecuadas, por la falta de motivación y de descanso, convirtiéndose en víctimas de un sistema nauseabundo, colapsado y mermado de inversión, donde el protagonista es el paciente, exasperado, por la vulneración de sus derechos de manera continua.

Los datos son elocuentes, a pesar de que en 2008 las cifras de negligencias descendieron, durante 2009 han aumentado. Hemos recibido un total de **12.837 casos** (561 casos más que en 2008), de los cuales **586 han sido con resultado de muerte** (78 casos más que en 2008). Pero por el momento hay que considerarlos como presuntos hasta que los Tribunales se pronuncien.

## INTRODUCCIÓN

A estas alturas a nadie se les escapa cuál es la idiosincrasia de El Defensor del Paciente, que no es otra que la de recibir quejas y denuncias. 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](http://www.negligenciasmedicas.com) (con alrededor de 65.000 visitas en 2009), vía telefónica y vía correo ordinario.

Realmente es una labor desagradable dedicar decenas de folios a los cimientos de la sanidad española, que se desmoronan a marchas forzadas, carcomidos como consecuencia del libre albedrío de los 17 diferentes modelos de gestión. Todo fruto, de las trasferencias sanitarias, por la forma de utilizar el dinero presupuestado para sanidad por parte de las Comunidades Autónomas. Es un ejercicio fatigoso repetir año tras año idénticos y huraños adjetivos para calificar la sanidad española, pero no nos queda más remedio, aunque para que no se nos tache de partidistas o alarmistas disertaremos la radiografía de algunos apartados fijándonos en datos y aspectos de otros países europeos.

Como desde al año 2005, el estudio que anualmente realiza la consultora Health Consumer Powerhouse, con el apoyo de la Comisión de la UE, ha vuelto a sacarnos los colores. **España ha salido de la lista de los 20 países con mejor sistema de salud**, cayendo al nivel de los países de Europa del Este, quedando situados en el puesto 21 de un total de 32 nacionalidades. Como pincelada de lo que menciona el estudio sobre nuestro sistema sirva el siguiente apunte: *"El sistema de salud público en España parece incapaz de desarrollar una estrategia para mejorar el acceso y la calidad de sus servicios, lo que explica el gran desarrollo del sector privado en los últimos años. Se necesitan con urgencia cambios drásticos que provoquen una mayor eficiencia y calidad"*. De esta forma, a día de hoy, nuestra Sanidad no puede ser embajadora en Europa, por mucho que le pese al Ministerio de Sanidad y diga que el estudio no es riguroso a la vez que carente de metodología.

Y hablando del Ministerio de Sanidad, 2009 ha sido año de cambio de cromos al frente de la sanidad española. Esta permuta es alentadora, ya que el anterior Ministro, Bernat Soria, había pasado de la esperanza para los pacientes en el momento de ser nombrado, a ser el convidado de piedra de nuestra sanidad. La nueva Ministra, Trinidad Jiménez, de momento ha aportado un impulso con mejor valoración e imagen que su predecesor. Pero nos mostramos escépticos porque quienes están detrás de la Ministra siguen siendo los mismos, que desde hace años, dirigen un Ministerio sin definición y de escaso criterio pues cada dos años sustituye a su comodín. Ahora le ha tocado el turno a Trinidad Jiménez, que por activa y por pasiva, desempeña su papel tratando de imponernos que el modelo de Gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS) es maravilloso, fabuloso y extraordinario. Lo compartimos, pero las Comunidades no lo cumplen porque no hay una cabeza rectora en la sanidad pública que ponga fin a la discrecionalidad con la que actúan los servicios autonómicos de salud.

¿Entonces de qué sirve el Ministerio de Sanidad? Es un organismo que no pone freno a la degradación deliberada que sufre nuestra sanidad, que mira hacia otro lado en casos como el de las niñas afectadas por la vacuna del papiloma VPH, etc. Da la callada por respuesta a las innumerables propuestas que le planteamos, a excepción, de la

petición de participación en el nuevo modelo del baremo de daño sanitario, que nos han contestado que: ***“Tengan la seguridad de que una vez el grupo interdepartamental finalice sus trabajos, contaremos con sus aportaciones y su estimable contribución”***. Pero no es lo que nos prometieron hace años. Porque una vez elaborado entre médicos, jueces y compañías aseguradoras, de nada servirán nuestras apreciaciones en defensa del paciente, en lo que no estemos de acuerdo. Ellos se lo guisan y ellos se lo comen.

El Ministerio carece de un papel preponderante dentro del marco sanitario, puesto que entre otras cosas, al menos no debería permitir las diferencias sanitarias que existen entre las Comunidades. Resulta sarcástico que los pacientes nos desplazemos de Madrid a Cataluña, de Cataluña a Andalucía, de Andalucía a Galicia, y nos sintamos como extranjeros para ser atendidos porque **no hay una tarjeta sanitaria única**. Pues bien, he aquí la pregunta del millón. ¿Será el tan cacareado ***Pacto por la Sanidad*** la herramienta con la que redimensionar nuestro sistema de salud en equidad y cohesión? ¿O será otra dudosa pantomima simbólica que no consumirán las Comunidades?

Por otro lado no damos pábulo a la racanería del Gobierno en inversión sanitaria durante estos últimos años. En tiempos de bonanza esto no pasaba; ahora en época de crisis poco-nada podemos esperar. Este año la partida presupuestaria para el Ministerio de Sanidad quedará prácticamente congelada, contará con alrededor de 4.600 millones de Euros, o sea, un ligero aumento del 0'2%. Y es que España, está a la cola de los 15 países con mayor antigüedad de la UE en gasto público sanitario por habitante. Así se desprende de un estudio de los institutos nacionales de estadística de España y Portugal.

Indudablemente hablar de sanidad durante 2009, es referirnos a **la pandemia de la imbecilidad y el negocio**. A todas horas sólo se habla de la gripe A. Singularidad que lo único que genera son alarmismos y despilfarros, mientras otras patologías reciben el más absoluto desprecio, catalogándolas, en general, como “psicosomáticas” o “enfermedades raras”. Se crea la marca NH1N1, se politiza la enfermedad y como contraposición se obvian asuntos más graves. ¿Por qué no se ahonda en temas como crear un Plan de medidas urgentes para aligerar la fuerte carga asistencial que sufren los médicos de Atención Primaria? ¿Por qué no se deroga la Ley 15/97 que está permitiendo lucrarse a empresas privadas a costa de la sanidad pública? ¿Por qué no hablamos de la falta en nuestros hospitales de unidades de ictus para tratar los infartos cerebrales? Serían muchas las preguntas, de tesis, que requieren celeridad solutiva. Moraleja: lo aparentemente urgente impide hacer lo verdaderamente importante.

Redundar de nuevo en un tema tan manido como las **listas de espera**, es para reírse a mandíbula batiente por la falta de rigor que utilizan las Consejerías de Sanidad, que edulcoran los datos y públicamente se jactan del descenso. Sin excepciones, hay gato encerrado en las cifras. Todas abusan de agendas cerradas, y suspenden por los retrasos en pruebas diagnósticas y cita con el especialista. Sobran los comentarios.

Enlazando con las listas de espera, también nos vemos en la obligación de hacer un apunte sobre los **Servicios de Urgencias**, como siempre desbordados y en 2009 más aún por la alarma de la gripe A, ya que requieren una mayor dotación de los mismos y la creación de habitaciones para aislamiento por la epidemia. Año tras año seguimos quedándonos perplejos viendo como la situación se repite y sólo podemos mostrar desazón al comprobar que no se pone solución. El gesto de los pacientes al entrar en ellas parece el de los futbolistas que acarician la hierba y se santiguan ante la jornada

maratoniana que les espera. Aquí hay 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 contagios invernales donde la falta de planificación queda al descubierto. En definitiva, 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 visos de arreglo y seguirá siendo perpetua en tiempo y forma.

Otros obstáculos sanitarios son las discrepancias en la **homologación rápida de médicos extranjeros y la falta de profesionales**. Organizaciones médicas españolas estipulan que en nuestro país ejercen más 10.000 médicos extranjeros con el título indebidamente homologado. ¿Pero cuál es el meollo de este déficit? En cuanto a intereses, por encima de la calidad asistencial prima la mano de obra barata de médicos que sin titulación especialista ejercen, tanto en la pública como en la privada, con la excusa de la falta de éstos. Hagamos una comparativa con el Reino Unido, donde todas las ofertas de empleo se publican en Internet y en el “National Health Service” (en español, Servicio Nacional de Salud). Semanalmente se ofrecen unos 1.000 empleos, sin embargo, en nuestro país no existe un medio común que recoja las ofertas de empleo, muestra inequívoca del gran déficit de personal sanitario. Además allí existe el “General Medical Council”, organismo que se encarga de que nadie pueda trabajar ilegalmente y que requiere la actualización de conocimientos de forma anual. Por lo tanto no se les ocurre contratar personal sin titulación como ocurre en España.

En nuestra opinión en España confluyen dos circunstancias: **carestía de profesionales y mala reasignación**. Tenemos demasiados niños para tan pocos pediatras o contamos con 3’6 psiquiatras por 100.000 habitantes, frente a los 22 de Francia. El SNS ha evolucionado favorablemente en infraestructuras y en la preparación de sus más de 600.000 profesionales pero **está dilapidando sus recursos humanos** por las diferencias retributivas. La brecha salarial entre médicos rurales se dispara y el éxodo de médicos y enfermeros a Portugal o al Reino Unido cada vez es más pronunciado.

Aparte de estas pesquisas, son preocupantes las **agresiones físicas** contra el personal sanitario por parte de los pacientes y el cariz que están adoptando las noticias de este tipo, pues se suceden de forma asidua en los medios de comunicación. Nuestra opinión al respecto de sobra es conocida como hemos expuesto en anteriores Memorias, pero como antítesis durante este año, en cada consulta por e-mail o llamada recibida, nos hemos preocupado de elaborar un porcentaje en relación al trato que reciben los pacientes por parte de los médicos sobre un total de 1.000 casos. El sondeo arroja que en 653 casos, es decir **en más de un 65% el paciente se ha sentido mal tratado, amenazado o coaccionado para no reclamar o exigir sus derechos por parte del personal sanitario**. Eso sí, el médico ante un juez, como sucede, no debería ser considerado una autoridad por encima del paciente por lo que mientras no haya un trato igualatorio muchos médicos tirarán de galones volviendo a los tiempos de *“yo soy el médico y se hace lo que yo digo”*.

## COMUNIDADES MÁS DENUNCIADAS, HOSPITALES, Y PATOLOGÍAS

### 1. MADRID (3.851 Casos).

#### - Hospitales más denunciados:

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

#### - Servicios y patologías más denunciadas:

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

Desafortunadamente nuestra “corazonada” se ha hecho realidad. Como es preceptivo la Comunidad de Madrid abre esta reveladora estadística, confirmando su supremacía en la cúspide de las deficiencias del sistema sanitario español, por lo que la desconsideración que mostramos hacia su gestión sanitaria es mayor con el tiempo, pese a que el número de denuncias haya descendido con respecto a 2008. Afirmaciones como *“la Comunidad de Madrid juega con la vida de los ciudadanos”*, *“los pacientes se mueren sin atención”*, *“listas de espera, trato deshumanizado y suciedad en los hospitales madrileños”*, pudimos probarlas en los Tribunales, quedando exonerados de la querrela que nos interpuso la Comunidad de Madrid con el único ánimo de limitar nuestra libertad de expresión al sacar a la luz las quejas y denuncias de los pacientes madrileños. Qué se puede esperar si es la segunda Comunidad, sólo por delante la valenciana, que menos invierte en sanidad por habitante. Precisa doblegar el número de enfermeras existentes hasta las 50.000, contratar unos 1.800 médicos y capacitar poco más de 1.400 camas hospitalarias para soliviantar sus carencias.

Es indiscutible que si por algo se recordará la sanidad madrileña en 2009 será por la **muerte del bebé Ryan en el Hospital Gregorio Marañón**, que paradojas de la vida, fue salvado de la gripe A, pero falleció por mala praxis al suministrarle la alimentación por la vía incorrecta. *“Es la tragedia más espantosa que ha tenido lugar en los servicios públicos madrileños”*, manifestó la reina de las promesas sanitarias, Esperanza Aguirre, tras ser agasajada por los medios de comunicación. Con todos nuestros respetos, la Lideresa no sabe por dónde se anda o no quiere saberlo, pues negligencias de este tipo se suceden un día sí y otro también en su Comunidad. Pero lo que no nos saca de nuestro asombro fue la parodia, que junto al Consejero de Salud, protagonizaron visitando al padre del niño para presentarle sus disculpas, demostrando que no son equitativos, pues midiéndolo por el mismo rasero, miles de familias en Madrid, víctimas de situaciones similares, también merecen sus alegatos.

Este insólito caso ha sacado a la luz las inclemencias de la turbulenta sanidad madrileña. Y decimos insólito, aparte del desolado suceso, por la particularidad de que hasta la fecha, no se nos viene a la memoria un Gerente hospitalario saltando a la palestra para reconocer el error, aunque tiene su explicación. No nos engañemos, **si muere el niño de la cama de al lado los hechos no salen a la luz pública**. Pero Ryan llevaba el sello de ser el hijo de la primera víctima mortal en España por gripe A, aparte de otro distintivo y más importante: el fallo lo cometió una enfermera, no un médico. Seamos explícitos, la Dirección del Gregorio Marañón fue responsable directo del error que mató al bebé, la enfermera pasaba su **primer día** en neonatos y en fin de semana. ¿Estaba sola? ¿Dónde estaba el médico de guardia? ¿Cumplió el centro con la normativa de contratación de enfermeras en neonatología? La enfermera fue la mano ejecutora y al mismo tiempo mártir de la desorganización y descoordinación.

Con este panorama convendría que tanto la emperatriz de las listas de espera, Esperanza Aguirre, como su compinche, Juan José Güemes, fueran más cautelosos, y nos permitiesen comparecer en la Asamblea de Madrid, como venimos solicitando desde hace años para explicar la situación de la sanidad madrileña, con el firme propósito de adoptar medidas y soluciones. Pero no nos escuchan. Saben lo que ocurre, pero prefieren desconocer a saber. Optan por querellarse contra quien les critica y mosquea que de forma perseverante realicen **encuestas de satisfacción entre los pacientes, que son el hazmerreír**, ya que muestran porcentajes carentes de rigor, ocultando incluso el nombre de la empresa que las perpetra.

La tesitura es complicada y duradera, a lo que hay que sumar que tanto los pacientes, como el personal sanitario, están asistiendo atónitos a las consecuencias desastrosas del desmantelamiento de la sanidad pública debido a la externalización de los servicios médicos. El binomio **‘Sanidad Madrileña = Privatización’** está en boca de todos. Ya lo apuntábamos en la Memoria anterior, los madrileños somos clientes y no pacientes. La gestión privatizada de los centros (Pontones, Quintana, Argüelles) o el cierre de los laboratorios públicos de análisis clínicos, está vulnerando los principios del Sistema Nacional de Salud. Por nuestra parte, rechazamos las Nuevas Formas de Gestión; el proyecto de Área Única para la libre elección de médico, pues comporta la disgregación de la asistencia sanitaria, por culpa de la archiconocida Ley 15/97 contra la que diversas organizaciones han llegado a recoger hasta 400.000 firmas con el objetivo de impedir la entrada de empresas privadas en la sanidad pública con el ánimo de lucrarse. Ahora bien, resulta sorprendente que apenas se oiga el eco del partido de la oposición ante tan cochambroso asunto. Apenas critican lo que está pasando y menos aún presentan compromisos electorales para redimir la sanidad pública en el supuesto de que llegasen al poder. No nos equivocamos un ápice al afirmar que dentro de las empresas privatizadoras (CAPIO, FCC, SEOPAN) que son las que se están repartiendo el pastel, hay notables militantes del partido opositor, por lo que no se hable más.

La reforma de la Atención Primaria, recogida también en el proyecto de **Área Única**, al objeto de que la competencia entre ambulatorios haga crecer la productividad y la calidad, entendemos que tendrá el efecto contrario puesto que aumentarán los tiempos de espera y la masificación se agravará. Es más, supone un grave riesgo por la falta de compromiso con **los profesionales que serán remunerados conforme al número de pacientes que asistan**, lo cual no es plausible, si ya de por sí, los acuerdos recogidos en el “Plan de Mejora de la Atención Primaria 2006-2009” se han incumplido, entre otras cosas porque no se ha incrementado el número de médicos

pactado o más del 60% de los centros de salud prometidos no estarán construidos en esta legislatura. Las dudas por tanto sobre el *modus operandi* de la libre elección de médico y enfermero son tremendas y el consenso profesional no es tomado en cuenta por el SERMAS. Lo cierto y verdad, es que la promesa de que a partir de Julio íbamos a poder elegir médico de familia y en Octubre especialista ha quedado en agua de borrajas.

Otro de los compromisos en el disparadero de Aguirre son **las listas de espera, que siguen siendo marca de la casa en la Comunidad de Madrid** aumentando a todos los niveles: quirúrgica, diagnóstica y cita con especialista. Con casi 50.000 pacientes en lista de espera quirúrgica, lo que se hace son trucos de prestidigitación para que las cifras concuerden. Así nos lo desvelaba, a mitad de Enero, Noelia M. G. B., paciente que desde Noviembre de 2008 llevaba con las pruebas del anestesista realizadas en el Hospital de Getafe para intervención de mamoplastia. Cuando contactó con nosotros ya llevaba 71 días en espera, es decir, 31 días más de los 30 fijados por los que un madrileño espera para ser operado como dice el famoso “batiburrillo”. Lo más grave del caso es lo que la paciente nos detallaba, cómo en la web de la Consejería de Sanidad [www.listadeespera.org](http://www.listadeespera.org) se manipulan estos datos, ya que antes de Navidades tenía 8 personas por delante de ella y cuando en Enero entraba para informarse eran ¡63! ¿Cómo se explica esto? La respuesta es que en la web se borra la fecha del anestesista para no tener referencia. ¡ASOMBROSO! ¿Nos toman por bobos? En lugar de buscar soluciones para rebajar la lista de espera, el SERMAS rebusca chanchullos, como eliminar de las mismas a los que rechazan ser operados en la privada. Una niña de 13 años, con subluxación en ambas rótulas, en Febrero, aguardaba desde Noviembre en silla de ruedas para ser operada. Su madre Esther M. C. nos decía lo siguiente: ***“Que hagan eso de sacarte al mes para cumplir una estadística me parece lo peor, juegan con la salud de las personas. Lo que me fastidia es la falsedad de la lista de espera y que cuando entras en ella, los médicos no se apresuran a programar su operación”***. Traumatología, disgestivo y oftalmología son las patologías que mayor número de pacientes apilan.

Al hilo de todo esto, sirva de ejemplo la Sentencia nº 6, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala Contencioso-Administrativo de fecha 8 de Enero de 2009, por la que se condenó al SERMAS a indemnizar a la familia de R. P. F., paciente que falleció en lista de espera para ser intervenido de colon en el Hospital La Paz. La Sala fue clara al respecto: ***“el ingreso del paciente para ser intervenido debió ser de forma urgente y no preferente como así se hizo. Ello, claramente ha supuesto una pérdida de oportunidad de supervivencia dada la gravedad del tumor que presentaba.”*** Con hechos de este tipo ¿se pone o no en peligro la vida de los pacientes? Juzguen ustedes.

En el otro extremo de las quirúrgicas, nos encontramos con las diagnósticas y la cita con el especialista. Aquí la coartada son las agendas cerradas. Las elecciones de 2007 sirvieron al partido gobernante para comprometerse en fijar 40 días como máximo la espera para someterse a una prueba diagnóstica. Ni por asomo lo cumplen la mayoría de hospitales. Para escáneres o resonancias magnéticas a veces son 10 meses, pero una simple radiografía se puede retardar 2 meses. ***“No puedo escribir con mi mano derecha. Sufro calambres y es como si perdiera la fuerza cada vez que cojo un boli. Al final tendré que recurrir a la privada”***, nos relataba Francisco J. O. L., víctima de una lista de espera de un año, en el Centro de Emigrantes, desde que le realizan un electromiograma y la obtención de resultados. Más atroz es cuando la espera tiene que

ver con patologías oncológicas. Sin ir más lejos el Comité de Tumores del Hospital de Alcorcón elaboró un informe sobre el propio centro, en el que entre otras conclusiones se pueden observar retrasos de **3 meses y medios para tratar un cáncer de mama**. ¡Intolerable! Otros como el Hospital de Henares, en Septiembre para consulta daban fechas para mediados de Enero, en patologías como ginecología, urología o traumatología. Luego se extrañan cuando la televisión alemana en Marzo de este año emitió un reportaje sobre la “desastrosa” sanidad madrileña.

La  **saturación de los servicios de Urgencias**  merece capítulo aparte. En época de gripe los colapsos han sido crónicos en el Hospital Doce de Octubre (con camas hasta en el mostrador), en el Hospital Clínico (sin tomas de oxígeno para todos los pacientes), en el Hospital de Alcorcón (con esperas de hasta 48 horas para ingresos en planta por falta de camas) o en el Hospital Ramón y Cajal donde por la escasez de medios la situación llegó a ser tan catastrófica que el adjunto y los cuatro supervisores de enfermería presentaron la dimisión en bloque, máxime cuando la dirección médica les presionaba para esconder los pacientes de los pasillos y según argumentaron por **“el empeño de la Comunidad en aparentar que las cosas van bien”**. Los propios profesionales de la sanidad pública madrileña nos denunciaron, en determinadas ocasiones, lo que acontecía cuando el Consejero realizaba visitas a Urgencias. Los hospitales “abrían”, “cerraban” y “desbloqueaban” camas, se contrataba personal por días, incluso por horas, y cuando Güemes se hacía la típica foto se colocaba al lado de camas sin ocupar, mientras que los pacientes se encontraban atrincherados.

A toro pasado, a mitad de Mayo, Güemes, en la Asamblea de Madrid atestiguó que **“el pasado invierno fue el primero desde hace muchísimo tiempo en que no hubo pacientes en los pasillos de Urgencias”**. Desfachatez soberana. Se desacredita por sí mismo, pero siendo el mismo autor de la célebre frase **“los brotes verdes son de marihuana y se los fuma el Gobierno de Zapatero”** o el que en su ‘blog’ ha almacenado ataques homófobos a gays y mujeres que abortan, queda todo aclarado.

Y lo de la puesta en marcha de los 8 nuevos hospitales con gestión mixta pública-privada, para ser ecuánimes suena a chiste una vez que llevan más de un año trabajando, por su escasa funcionalidad, apenas sin estructura en sus carteras de servicio, sin seguridad y sin material. A esto se añade un gran número de denuncias por errores incomprensibles. Estas son algunas de las anomalías que se han ido sucediendo a lo largo del año según nos han denunciado los pacientes y el personal sanitario:

- **Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda)**: Caóticas Urgencias. El propio personal nos denunció la falta de material para poder trabajar, los pacientes aguardaban sentados en el suelo para ser atendidos ya que no se disponía de camillas o sillas de ruedas suficientes, sin comida, etc. Algunos pacientes estuvieron sin comer durante 36 horas. Deficiencias en materia de prevención, riesgo tóxico y problemas de higiene y salubridad. Inexistencia de un plan de emergencia y evacuación. Suspensión de intervenciones por instrumental mal preparado.

- **Hospital Infanta Leonor (Vallecas)**: Agendas cerradas para radiografías. Las puertas de las habitaciones de psiquiatría no tienen ojo de visualización para controlar a los enfermos. A veces, falta de mascarillas y guantes en quirófanos. Sólo 200 camas en funcionamiento, cuando los vallecanos utilizan una media de 800 en los hospitales públicos madrileños. Actuación inconcebible al avisar a las 26 semanas a Florentina M. M., embarazada, de la malformación de su bebé.



- **Hospital Infanta Elena (Valdemoro):** Continuos desaciertos, como el ocurrido a un bebé diabético de 14 meses al que el personal intentó darle para comer galletas con azúcar y mandarinas. Muerte de Christian, bebé de 2 meses que supuestamente no recibió la atención adecuada para una dolencia de corazón y que en Febrero pusimos en manos de la Fiscalía. Al hijo de Eder B. S., de 6 años, pese a sufrir fortísimos dolores le dieron el alta y marcharon al Doce de Octubre donde le diagnosticaron fractura de tibia.
- **Hospital Infanta Cristina (Parla):** Encierro de vecinos reclamando mejoras y ampliación de plantilla. Falta de ropa y pijamas para niños, a los que a veces se les hubo de secar con sábanas. Pésima señalización de la seguridad en caso de incendio. Sólo 100 camas abiertas. Escaso número de celadores en unidades como radiología, psiquiatría o medicina interna. Cobro en el parking cuando en otros hospitales es gratuito.
- **Hospital Infanta Sofía (S. S. de los Reyes):** Falta de camas. No hay salida de emergencias. Carece de cirugía pediátrica (si un niño sufre apendicitis) o de urgencias oftalmológicas los fines de semana, festivos y en turno de noche. En determinadas áreas el propio personal tuvo que comprar mobiliario para poder trabajar. Denegación de seguimiento a pacientes en el servicio de endocrino. Graves negligencias en el servicio de Urgencias, tal y como le ocurrió a la paciente de 81 años Juana A. C.
- **Hospital del Tajo (Aranjuez):** Agendas cerradas en ginecología. Falta de moblaje en la UCI. No hay plan de emergencia. Pacientes de diferentes patologías mezclados en habitaciones con el peligro de contagio de enfermedades que esto admite. El bebé de Fernanda F. S. precisaba un electroencefalograma urgente para descartar secuelas neurológicas por desmayos pero no se lo podían hacer por falta de cascos para bebés.
- **Hospital del Sureste (Arganda):** Sin resolver espantada de especialistas del servicio de ginecología por falta de medios. Agendas cerradas en traumatología, oftalmología, ginecología y alergología para primeras consultas. Citas a 6 meses vista en cardiología. Descoordinación para dar citas, pues niños son citados para cardiología de adultos. En anatomía patológica no hay ni duchas ni lavabos. En la UCI el aire acondicionado incide directamente sobre los pacientes encamados. Antonia G. G. cuando estaba embarazada de 13 semanas abortó en este hospital pero la ginecóloga que la atendió la derivó a casa con tratamiento específico, para que se atendiera ella misma y eliminase el feto por si sola. A finales de Noviembre, África F. R., también sufrió una odisea al ponerse de parto y acudir a este hospital. Tras 2 horas de monitorización y habiendo roto aguas, es informada de que no habían habitaciones libres y le dicen que se vaya a otro hospital por sus propios medios, ya que tampoco disponen de ambulancias. Al final se tuvo que ir a la privada para poder dar a luz, como nos comentaba irritada su hermana Virginia: *“...le dicen que no tienen habitación para ella, y que se vaya a intentarlo al Gregorio Marañón y si tampoco hay habitación que se vaya al Doce de Octubre, todo esto por su cuenta y riesgo en su coche, porque tampoco hay ambulancias, y con rotura de aguas, que según ellos mismos admitieron sabían que debía estar ingresada.”*
- **Hospital del Henares (Coslada):** Falta de profesionales, medios materiales y opacidad informativa en listas de espera, como en endocrinología que para primera consulta llegan a ser de un año. Servicio de Atención al Paciente con el mostrador vacío sin atención. Cristina O. S. dio a luz en condiciones dantescas: esperando en una camilla de fisioterapia, abandonada clínicamente en una habitación, sin vía, sin epidural, sin condiciones higiénicas, sin monitorizar al bebé, etc.

La postilla a tan destartalada tendencia la vuelve a cometer Güemes cuando remite la nueva Tarjeta Sanitaria. Así ha vendido la sanidad a los madrileños en su carta, con tan ostentosa afirmación: *“La Comunidad de Madrid, a través de esta*

*Consejería de Sanidad, pone a su disposición una moderna red de infraestructuras sanitarias constituida por 31 Hospitales y más de 400 Centros de Salud, en la que se ha realizado un importante esfuerzo inversor en los últimos años al ponerse en marcha 8 nuevos hospitales y 56 centros de salud. Además esta red cuenta con profesionales altamente cualificados y con la mejor y más avanzada tecnología".* Suena a música celestial, con un léxico sobresaliente, pero observando el escenario son declaraciones fantasmagóricas, propias de un actor mediocre. La desfachatez por su parte, vuelve a ser soberana. **Más que hospitales parecen experimentos.**

Aparte del caso Ryan, el repertorio de presuntas negligencias recibidas ha sido amplio. Por orden cronológico destacaremos varios asuntos de estas características y similares. La muerte de Bienvenido F. S. a quien se le denegó la asistencia tanto del 112 como del ambulatorio, falleciendo en su domicilio sin la atención necesaria. Paciente de 68 años de edad que en el Gregorio Marañón es intervenida de cadera, contrayendo un staphylococcus, y además **al transfundirle sangre es contagiada de sida**. Un médico de La Princesa se negó a atender a M<sup>a</sup> Carmen H. S. porque obtuvo una sentencia favorable contra él por mala praxis. El bebé de Tamara P. R. quedó en coma profundo tras practicarle un simple cateterismo en el Hospital La Paz. El fallecimiento de Gema R. H, a los 36 años de edad en la Clínica Virgen de la Paloma después de la práctica de una abdominoplastia. Agapito G. S., de 84 años, tuvo que ser operado tras **9 años con unas pinzas dentro de la tripa por descuido del Doce de Octubre**. El Supremo confirmó la condena al Doctor Miguel Ángel L. S., de 12 años de prisión por abusos sexuales a sus pacientes en el Centro de Salud Federica Montseny. La familia de la primera víctima mortal en España por gripe A, Dalilah M., denunció al Gregorio Marañón por no realizarle las pruebas diagnósticas suficientes tras acudir tres veces a Urgencias. La detención de tres mujeres por realizar tratamientos estéticos sin titulación, en peluquerías de la capital. Juan R. P. había pasado sus últimos 30 años con una protuberancia en la espalda, que le decían que era un tumor de 1 Kg., hasta que este año descubrieron que **era una gasa olvidada** en una operación practicada en lo que hoy es el Hospital de la Princesa. Un niño de 13 años, D. L., en el Gregorio Marañón fue **operado del ojo izquierdo, cuando el que tenía mal era el derecho**. Las condiciones infrahumanas, que un año más han de soportar los pacientes ingresados en la Clínica Sear. El inusual hecho acaecido a Begoña, paciente de 26 años, que estando embarazada se encontró mal y acudió al centro más cercano, el Hospital del Tajo, donde **abortó, pero como no era su hospital de referencia fue enviada a su casa con los restos en un bote**, vulnerándose los principios básicos de la Ley de Autonomía del Paciente por no respetar los derechos humanos y de dignidad, así como se violó la lex artis por darle el alta en esas condiciones.

Y es que nadie está exento de sufrir una negligencia médico sanitaria. ¿Quién no conoce al grupo de música **Radio Futura**? Efectivamente, uno de los más populares de la conocida 'Movida Madrileña'. A finales de Noviembre de 2003, los hermanos Auserón contactaron con El Defensor del Paciente, para pedirnos ayuda, debido a que su padre Gregorio, de 74 años, acababa de fallecer por una peritonitis en el Gregorio Marañón y sospechaban que todo era fruto de una concatenación de errores en el postoperatorio de la intervención de próstata a la que se sometió. Pues bien, en Febrero de este año, la Sección Novena del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM), les daba la razón, mediante Sentencia tramitada por nuestros servicios jurídicos, condenando al SERMAS a indemnizarles con la cantidad de 130.000 Euros, que es lo de menos, al considerar la Sala que la asistencia sanitaria prestada fue defectuosa:

*“debemos concluir que el **abordaje tardío**, 12 horas después de la patología de abdomen, condicionó de forma decisiva el diagnóstico, disminuyendo las posibilidades de supervivencia del Sr. Auserón, que desgraciadamente falleció después”.*

**Santiago Auserón**, líder del grupo y la cabeza visible de la familia, de forma contrariada y taxativa, públicamente hizo una valoración muy interesante del caso de su padre en simbiosis con el estado actual de la sanidad: *“**Contar esto no es grato, pero es una obligación porque hemos experimentado en carne propia las dificultades de la sanidad pública madrileña y las situaciones demenciales que provoca la falta de medios. No puede ser que nuestra sanidad se convierta, cuando entras en un hospital, en una cámara de los horrores. La operación salió bien, aunque en urgencias, para sondarle, ya le provocaron dos infecciones. Estuvo ingresado una semana durante el postoperatorio. Cuando le iban a dar el alta, sin motivo aparente empeoró y no sabían por qué. Ese día en el hospital había huelga de médicos internos para protestar por las condiciones de trabajo. Pasaron horas y horas sin que nadie viniera a atenderle, así hasta 15 horas, como ha considerado probado el juez. Luego se dieron cuenta de que tenía peritonitis, parte de su intestino se había necrosado y se rompió. Pudo haberse evitado si le atienden en las dos primeras horas. Tardaron 15. La atención médica sufre una falta alarmante de sostén institucional, y la saturación acaba quemando al personal. Aunque en esos momentos notas cierta falta de ética y de conciencia: al personal se le nota tan quemado, por lo que sea, que no le importa manifestar su desidia con gente que lo está pasando muy mal. Animo a la gente que le ocurra lo mismo a poner demandas, porque es la única forma de que el Estado dote de mejores medios a los hospitales para atender con mayor humanidad a los pacientes, a partir de que les resulte más caras las demandas que el dinero invertido en mejoras de la sanidad.**”*

En materia de Justicia en negligencias médico-sanitarias hemos de hacer hincapié en un turbio asunto que venimos denunciado desde años atrás y que guarda relación con la Sección Octava, del TSJM, encabezada por la jueza **Inés Huerta Garicano**. Las Sentencias que emite han llegado a ser el colmo de la exageración, hasta el punto de que en el mes de Septiembre se formalizó la *“**Plataforma de Afectados por la Sección Octava**”*, y se presentó una queja ante el Consejo del Poder Judicial, porque **las desestima prácticamente todas, de manera sospechosamente injusta y arbitraria, sin motivarlas**, pero además, en la mayoría de los casos que da la razón minimiza las indemnizaciones sin ajustarlas a baremo. Se burla de las familias. En muchos casos los peritos judiciales están emitiendo informes favorables para el paciente, pero la jueza haciendo gala de una hipocresía descomunal aplica **la dictadura del archivo** porque le da la gana y no se hable más. Es evidente que los magistrados son elegidos por el Gobierno de turno y temen descapitalizar a la Administración como está haciendo esta señora. A raíz de esto el CGPJ, archivó la denuncia actuando de forma corporativa, y desde entonces Inés Huerta, sin digerir bien la creación de una Plataforma contra su persona, está yendo a muerte contra los pacientes que denuncian una negligencia, con un **ánimo presuntamente prevaricador**. La batalla ha comenzado y ahora El Defensor del Paciente está estudiando iniciar una querrela por presunta prevaricación. Cuando esta jueza deje de trabajar, seguramente, la Comunidad de Madrid y su compañía aseguradora, le harán un monumento por todo el dinero que les ha ahorrado en indemnizaciones.

Hasta aquí lo más importante de la sanidad madrileña. Inclusive podríamos escribir un libro. Llegado el caso, quién si no, si viviese, su autor sería Valle-Inclán por lo esperpéntica.

## **2. ANDALUCÍA (1.678 Casos).**

- Sevilla 502
- Málaga 455
- Cádiz 226
- Córdoba 167
- Granada 139
- Almería 85
- Jaén 60
- Huelva 44

### **- 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 Hosp. Puerta del Mar

### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

Llueve sobre mojado. El monopolio de la sanidad andaluza se ha convertido en el **paradigma de la deshumanización y la frialdad, en un símbolo de decadencia**. Para calibrar el grado de su declive corrosivo, muchos son los motivos: listas de espera interminables, gratuitas, tildadas de intransparencia, y sin datos fidedignos; servicios de Urgencias colapsados hasta la saciedad; sus profesionales, con contratos inestables, son de los peor remunerados de todo el panorama nacional; alarmante déficit de enfermeros y facultativos, con especial atención en el ámbito rural; **conflictividad social permanente a base de manifestaciones y movilizaciones de protesta** por distintas situaciones; preocupante falta de camas, 1 por cada 350 andaluces frente a 1 por 250 habitantes de media nacional, o sólo el 20% de las que recomienda la OMS; escaso número de infraestructuras; y así un largo etcétera.

Como todo el mundo se puede imaginar, la sanidad andaluza no es fácil de digerir y perfectamente se le puede aplicar fecha de caducidad. A comienzo de 2009, muchos se frotaban las manos al contemplar como los presupuestos sanitarios suponían más del 30% del total de la Junta, es decir, la mayor remesa de la historia reservada para sanidad. El problema es el poco margen de credibilidad que le queda a los discursos llenos de inercia, y a la gestión, del equipo de María Jesús Montero, si nos avenimos a lo que ocurrió con el caso “DIRAYA”, sistema informático implantado para unificar la

historia digital, con un coste superior a los 60 millones de euros y que ha sido una auténtica pesadilla por sus fallos y pésimos resultados. Este despilfarro es un sinsentido.

**Por enésima vez las Urgencias andaluzas vuelven a sentar cátedra** dentro del SNS, convirtiéndose en un **hito deshonoroso**. Los peores momentos se han vivido en los dos grandes Complejos de Sevilla, Virgen del Rocío y Virgen de la Macarena, a consecuencia de la **enorme falta de médicos y enfermeros**, como además corroboró en un informe el ‘Defensor del Pueblo Andaluz’, lo cual, ha conducido a diversas concentraciones en la sede de la ‘Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del SAS’, demandando un incremento de plantilla. La escena de los grandes hospitales andaluces, ha reflejado intensas jornadas en sus áreas, repletas de pacientes esperando ingresos en planta, decenas de otros tantos aguardando ser atendidos, camas a su libre albedrío por los pasillos, gente en sillas de ruedas, etc. Echando una mirada a los de Málaga, en Carlos Haya o en Virgen de la Victoria, en ocasiones, los enfermos han tenido que esperar hasta **48 horas para obtener cama**, como ocurrió con el padre de Fernando G. H., que con una frase lapidaria, se mostraba así de indignado: *“No me puedo quejar del trato recibido por parte de los médicos, todo lo contrario, pero sí de la gestión, parece que estamos en un país tercermundista”*. Una vez más, las Urgencias acaparan el grueso de las denuncias por el mal funcionamiento del SAS, lo que viene ya siendo un mal enquistado. Aún así, seguimos mostrándonos despavoridos cuando nos cuentan que, en sus servicios, un paciente ha fallecido, como nos relató Carmen C. M., madre de un niño, de 1 año de edad, con una patología de hiperinsulinismo, que abatida se dirigió a nosotros, recién muerto el 17 de Octubre: *“Con mi hijo han existido varias negligencias médicas. En la primera visita a Urgencias no se le atendió correctamente y hubo error de diagnóstico, no siguieron un protocolo de actuación para la intervención y transcurrieron más de 6 horas para operarle”*. Por una presunta atención negligente, Marco, que así se llamaba el chico, es un nombre más a añadir en todos estos años, a lista de fallecidos en Urgencias del Virgen del Rocío, que es sin duda el hospital más denunciado de Andalucía, especialmente por estos servicios.

Al hilo, de esto, recordemos que en 2007, el SAS, con actitud represiva abrió expedientes sancionadores a cuatro médicos de este hospital, suspendiéndoles de empleo y sueldo por opinar en un programa de televisión, que les grabó con cámara oculta, que **la atención en Urgencias del Virgen del Rocío era muy deficiente**, a colación de la muerte del futbolista Antonio Puerta. Los facultativos acudieron a los Tribunales, hasta que en Octubre de este año, el TSJA ha ratificado que el SAS vulneró la libertad de expresión de éstos, sufriendo un serio percance al tener que indemnizarles por orden judicial. Y es que, aparte del caso concreto del jugador del Sevilla F.C., sus declaraciones estaban absolutamente fundamentadas, si nos fijamos, por ejemplo, que este año, durante la ‘Feria de Abril’, sus Urgencias sólo estaban provistas de dos médicos adjuntos en la puerta y otro en observación, desde las 22:00 horas y en días festivos. Esto no es una nimiedad, pues estamos hablando del mayor hospital de toda Andalucía, donde la precariedad de recursos humanos ha sido latente, por lo que no atinamos a discernir de qué modo, los grandiosos emolumentos del presupuesto sanitario andaluz han revertido en la calidad asistencial.

**Las listas de espera, buque insignia de la sanidad andaluza, lejos de aminorarse, han aumentado a un ritmo enfebrecido.** Desde el pasado año se

encuentran en el ojo del huracán, a partir de la denuncia de un facultativo de Virgen de las Nieves que acusaba a la Junta de maquillarlas a base de triquiñuelas para que ningún paciente superase los 180 días en ser operado, que es el plazo establecido por el decreto de garantías del SAS. A través de peticiones “falsas”, que los pacientes no solicitaban, se daban de baja intervenciones o se daban por realizadas cuando no se habían practicado ¿Acaso la Junta de Andalucía nombra a dedo a los gerentes de sus hospitales para lograr los objetivos mediante amaños? En fin, transcurrido un año se encuentra en el Juzgado de Instrucción nº 4 de Granada.

El SAS, con estas artimañas, hace **apología de la opacidad**, máxime cuando los datos sobre **los tiempos de respuesta asistencial de su página web estuvieron más de 1 año sin actualizarse**, concretamente hasta el 15 de Julio no lo hicieron. Aunque por Ley la administración andaluza no esté obligada a publicar las cifras, por compromiso y por respeto a los pacientes, debería sacarlas a la luz de manera periódica. Esta postura caciquil, lo único que conlleva, es que se levanten todo tipo de sospechas sobre el cumplimiento de los plazos.

Con datos sobre la mesa, en Andalucía el registro de pacientes pendientes de intervención asciende por encima de la barrera de los **49.000**, con una demora media de 55 días. Si analizamos por provincias, Jaén es la que contabiliza una demora media inferior con 46 días, acompañada de forma paulatina por Almería con 48, Córdoba con 51, Cádiz con 52, Málaga y Huelva con 56, Sevilla con 58 y Granada con 61. Para pasar primera consulta con el especialista, a mitad de año, eran alrededor de 196.600 pacientes los que se encontraban postergados, con un retardo medio de 40 días. Si nos adentramos en el bando de las pruebas diagnósticas, la demora se fija en unos 17 días.

Pero que no nos engañen, porque en determinadas patologías las medias fijadas se quebrantan, y a veces el SAS, hace un **guiño a las agendas cerradas**. En especialidades quirúrgicas como traumatología, cirugía digestiva o neurocirugía, sobradamente se pueden superar los 6 meses. Para consultas externas en dermatología o neurología, idem de lo mismo, puesto que la demora media de 40 días hasta se triplica. Una argucia, comúnmente utilizada, cuando los plazos de los decretos se encuentran al límite de ser incumplidos, es cerrar las agendas para dar cita con el especialista. O como hacen el resto de Consejerías de Salud, no se computa el periodo desde que el facultativo solicita una prestación para el paciente hasta que es incluido en la lista de espera.

Veamos algunos ejemplos del ardid de esta sintomatología por orden cíclico. El hijo de Mercedes M. R., a finales de Enero, nos denunció que la paciente había sufrido un ictus cerebral y que llevaba más de 6 meses, con cita “preferente” para ser atendida por el neurólogo en Virgen de la Victoria de Málaga, pese a que la enferma sufría una cardiopatía muy grave, con fibromialgia, pérdida de movilidad física y con deterioro cognitivo. El paciente cordobés, Joaquín L. G., cuando se dirigió a nosotros en Febrero, ponía el grito en el cielo ante su desesperada situación: ***“El 28 de Junio de 2008 ingresé por urgencias en el Hospital Reina Sofía tras sufrir ataques de epilepsia con pérdida de conocimiento y me hospitalizaron detectándome un aneurisma cerebral. El 10 de Julio me dan el alta y el doctor me dice que me tienen que operar pero que espere a que me llamen. En Octubre sufrí otra crisis, pero hasta Diciembre no me llama el médico para decirme que es mejor que me opere por láser en Virgen de las Nieves de Granada, al cual llamo todas las semanas pero no me dan fecha porque me dicen que la máquina está averiada y ya llevo ¡8 MESES ESPERANDO que me***

***OPEREN de un ANEURISMA!***” Por otra parte, el engaño que utiliza el SAS con las citas preferentes para rehabilitación, también es tangible. Lo de este tipo de citas es equiparable al dicho “contentos y engañados”, como en el caso de Manuel M. V., que en Marzo ya llevaba 7 meses esperando iniciar tratamiento en el Civil de Málaga, tras sufrir una rotura de clavícula: ***“El 22 de Agosto de 2008 el fisioterapeuta me prescribió rehabilitación, indicándome que en unos días me avisarían. Viendo que no me llamaban y al persistir estas terribles molestias me personé en Noviembre en busca de información, derivándome al Secretario que es el que planifica las citas, el cual, me informó que como era “preferente” me llamarían ese mes o en Diciembre. Estamos ya a Marzo de 2009 y no sé nada, sólo la duda que quizás las secuelas ya no tengan solución”***. En Junio nos hacíamos eco, de un caso aún más desmesurado. Nos referimos al problema de Simón G. N., en lista de espera urgente en el Universitario de Puerto Real, desde Mayo de 2008, para ser intervenido y cambiarle la prótesis vieja de su cadera izquierda, que ya le había comido 6 centímetros de pierna. Si los médicos le informaron que se tenía que operar urgentemente, y transcurre más de 1 año hasta que se le opera, quién le repara ahora los daños sufridos: ***“Ya no son sólo los dolores de la pierna, sino también los fuertes dolores en la espalda que sufro debido a la gran cojera que tengo a causa del acortamiento. Se me han atrofiado los músculos. Por estos problemas, he perdido mi trabajo, con lo que conlleva en estos momentos de crisis. El 17 de Diciembre de 2008, me llamaron para hacerme las pruebas de anestesia y me dijeron que después de Navidades me llamarían. Ya estamos a 19 de Junio y todavía no he recibido respuesta por parte del hospital, lo único que me han dicho es que este tipo de operación no tiene fecha”***. Dicho esto, esperamos que María Jesús Montero y su equipo se ruboricen, siempre y cuando, sirva para que adopten medidas inmediatas, porque situaciones de esta naturalidad son indignas.

Para no diferenciarse del resto de comunidades la carencia de recursos humanos, médicos y enfermeros, es abrumadora. No nos rasgamos las vestiduras, si afirmamos que Andalucía es la región con mayor número de facultativos extranjeros, sudamericanos o argelinos la mayoría, que están ejerciendo sin disponer de la homologación de su especialidad. Su incorporación en las plantillas del SAS ha desencadenado la desconfianza y la crítica del sector médico, entre otras razones, por el desconocimiento de nuestro idioma. Sería exigible un control de su nivel, puesto que los programas educativos de las facultades de otros países son muy distintos a los de España. Mientras no se convoquen nuevas plazas para médicos, especialistas y demás profesionales del SAS, seguiremos en un mar de incertidumbre, ante la **falta principalmente de pediatras, anestesistas, ginecólogos, traumatólogos, geriatras o reumatólogos**. No sabemos a qué espera la Junta de Andalucía, ya que un 25% de los médicos andaluces se jubilarán en los próximos 10 años, sin que de momento no exista la posibilidad de retrasar la edad de jubilación de los 65 años, para aquellos médicos que quieran solicitarla de manera transitoria y voluntaria hasta los 70. Qué mejor idea, para al menos parchear, una de las mayores lagunas de la sanidad andaluza como es la atención sanitaria en verano, donde este año **el cierre de camas ha sido sanginario**, en las zonas donde se produce un considerable aumento de la población.

**Málaga** es uno de los flancos de batalla donde más brilla el déficit de profesionales y recursos materiales. La plataforma que forman vecinos de una treintena de pueblos (de menos de 5.000 habitantes la mayoría), junto a sus alcaldes y concejales, en Febrero y Abril, se movilizaron frente a la Delegación de Salud reivindicando un médico de urgencias las 24 horas y pediatras para la atención de miles de niños, de

Casares, Benalmádena, Istán, Arriate, Comares, etc. Frente al colapso y la gran **presión asistencial que sufren el Carlos Haya y el Clínico**, las voces se han seguido alzando, reclamando la necesidad de nuevas infraestructuras, como el macrohospital en la capital o el hospital del Guadalhorce, en aras de la creación de un mayor número de camas hospitalarias, como medida de solución al fuerte crecimiento demográfico experimentado en las dos últimas décadas. Por esta carencia, en Mayo, el Clínico tuvo que suspender varias intervenciones. Los recortes de plantilla en la atención primaria han colaborado, de forma trascendental, en el retroceso, en el que se encuentra sumergida Málaga, y como constatación, sectores de médicos y enfermeros se han venido manifestando, con mayor incidencia antes de la época estival, exigiendo contrataciones, hasta el punto de que tuvieron que ir a la huelga en el mes de Junio. Entre los numerosos cánceres enumerados figura el centro de salud de Las Lagunas, todo un clásico en cuanto a la saturación de sus urgencias y en el tiempo de atención, donde el último fin de semana de Agosto, algunos pacientes agredieron al médico y a dos enfermeras, tras horas de espera. Por seguir enumerando más problemas, el mal funcionamiento de los servicios de ambulancias lo pusimos en conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta conforme a una recogida de firmas de varios pacientes afectados.

Metidos en harina, los vecinos del casco histórico de **Sevilla**, también se verán afectados por esta política de recortes, sobre todo personas mayores y niños, con el cierre de consultorios que se encuentran en edificios alquilados (Marqués de Paradas, Pumarejo o La Campana), por lo que las asociaciones vecinales se encuentran en pie de guerra, al objeto de lograr un centro de salud de dominio público, para que sus médicos no se alejen.

**Cádiz** tampoco se salva de la quema. El **deterioro, la insuficiencia de medios y la masificación** han estado a la orden del día. El Hospital Comarcal de Villamartín, que es concertado y el de referencia para 100.000 habitantes de la sierra gaditana, tiene grandes deficiencias por la falta de especialistas. Lo mismo ocurre en el centro de salud de Ubrique, donde al tiempo mínimo que tienen los médicos de familia para atender a los pacientes, hay que adherir, la falta de compromiso del SAS, pese a que hace meses, María Jesús Montero anunció la llegada de especialistas (traumatología, ginecología y oftalmología), que tantos años han peleado los ubriqueños. Asociaciones vecinales de la pedanía barbateña de Zahara de los Atunes, de igual modo se han manifestado, reclamando un médico de guardia y una ambulancia. La disputa originada, a partir de que el único médico de guardia del centro de salud Pinillo Chico emitió un informe denunciando la saturación en Semana Santa, del recién reformado servicio de Urgencias, desembocó en un expediente sancionador al citado doctor, en lugar de pedir excusas a los pacientes, norma habitual del SAS. La atención sanitaria en Facinas tampoco es muy boyante, a tenor de las quejas de sus habitantes por la minoritaria cobertura médica de la que disponen. Médicos del hospital de La Línea, rebelaron en un escrito dirigido a gerencia del Área Sanitaria del Campo de Gibraltar, la escasez de recursos y el déficit en la atención. El cierre de la Unidad de Cuidados Paliativos del Punta de Europa, como no iba a ser de otra forma, levantó mucha polvareda, hasta el punto de recogida de firmas para evitarlo, por parte de familiares y ciudadanos. La situación del hospital y los centros de salud de Jerez es equiparable al resto, por lo que no vamos a incidir en detalles. Y en el Puerta del Mar, por ejemplo la falta de camas es crucial. Por lo tanto, como podemos ver, las aguas que fluyen por la provincia gaditana son turbias.



En general, las notas discordantes en **Córdoba** han sido: la falta de plazas de enfermeras para cubrir quirófanos o la UCI neonatal del Hospital Reina Sofía, el retraso de los centros de salud y cartillas con una media de 1.500 pacientes por médico estancando la Atención Primaria y la asistencia a los menores de edad, lacerada tras la negativa de la Junta a crear un nuevo hospital materno-infantil, unido a la falta de pediatras.

Las protestas y las movilizaciones de agrupaciones de sanitarios y pacientes, para no ser menos que el resto de provincias andaluzas, también han resplandecido en **Granada**, fundamentalmente por: el déficit de pediatras, celadores y trabajadores sociales del distrito Nordeste (Baza, Guadaix y Huéscar); el reclamo en la construcción de un hospital en la Alpujarra que evite que las mujeres tengan que ir a dar a luz a Motril; la falta de personal en la Zona Básica de Orcera y en el Área Sanitaria Sur (Costa y Alpujarra); los MIR, de segundo año, del Clínico San Cecilio denunciaron que en lugar de seguir con la formación de su especialidad se les obligó a cubrir las urgencias del centro, fuera de su ámbito de actuación; asimismo en el Clínico, en ocasiones, se ha puesto en grave riesgo la seguridad de los niños enfermos por la falta de personal en la UCI pediátrica.

Continuando con la misma reciprocidad, la precariedad en la **sanidad pública almeriense**, aparte de la masificación de casi todo el conjunto de sus consultorios, aglutina graves carencias: falta de más de un centenar de camas en el Hospital Provincial (desde Enero de 2005), falta de recursos humanos en urgencias, falta de enfermeras y falta de medios en salud mental. Los grandes hospitales como el de Torrecárdenas y el de Poniente han permanecido sobresaturados gran parte del año, ni que decir tiene que, en este último, la situación de su servicio de Urgencias ha sido insostenible. Ante estas situaciones de indefensión, no ha sido de extrañar las concentraciones de los facultativos de Torrecárdenas, contrariados por la política de contrataciones.

Para sintetizar, en Jaén y Huelva, las dos provincias que menos nos denuncian del territorio andaluz, no nos extenderemos mucho, pues sería volver a reiterarnos en el cántico de las otras. De **Huelva** subrayaremos la calamitosa asistencia de las consultas médicas y servicios de urgencias en la Cuenca Minera, la escasez de refuerzos médicos en los meses veraniegos de las zonas de playa (Matalascañas, El Rompido o El Portal) y los numerosos trastornos que han ocasionado a los pacientes las obras de las Urgencias del Juan Ramón Jiménez. De **Jaén** destacaremos el gran número de camas cerradas en el Complejo Hospitalario durante la época estival y la carestía de médicos en las comarcas menos pobladas y más alejadas de la capital, como la zona básica de La Carolina.

Volviendo al lío, el **intrusismo profesional** y otros menesteres han medrado en boca de todos. Un falso pediatra, Avelino B. P., fue detenido, como presunto autor de un delito, por falsedad documental, tras trabajar desde 2005 en diferentes centros de salud del SAS (Huelva, Córdoba y Almería), aportando diplomas de universidades de Francia o Perú. Con esto, el proceso de contratación de personal en Andalucía hace saltar las alarmas. La Guardia Civil, también tuvo que intervenir en la detención de Ismail L., por un delito de intrusismo, al ejercer sin titulación como protésico dental en una cochera de Níjar (Almería), donde en una brutal intervención, de una sola sesión,

extrajo 9 piezas dentales a una paciente, provocándole graves lesiones. De otra calaña, fue la detención de un médico de una clínica de Utrera, al descubrirse que grababa a sus compañeras con una cámara camuflada en un bolígrafo, que dejaba colgado en una bata, en la habitación donde se cambiaban de ropa. No menos deleznable, fue la noticia conocida por la que el Juzgado Contencioso Administrativo nº 10 de Sevilla, anulaba el concierto del SAS con dos clínicas privadas en Sevilla y Málaga (Clínica Triana S. L. y Atocha Ginecológica S. L.), para subvencionarlas con dinero público en la práctica de abortos, al entender que el SAS manipuló el concurso en la adjudicación de ayudas millonarias. **Incongruentemente, no se invierte en sanidad pública, pero como establece el Juzgado se amaña un concurso, para dar cantidades millonarias a la sanidad privada.**

Dice el viejo proverbio que las malas noticias nunca vienen solas. En 2009 hemos podido constatar la verdad del dicho. La vida de la joven María Trinidad G. M. se esfumó en Febrero, tras dar a luz en la clínica almeriense Virgen del Mar, al sufrir una hemorragia incontrolada con bajada de tensión. En el Clínico Virgen de la Victoria, Carmen T. L., de 76 años de edad y con alzheimer en fase avanzada, teóricamente iba a ser **intervenida de una cadera rota, pero por un informe erróneo el cirujano le abrió la cadera sana**. Con anterioridad, en Abril y en el mismo recinto, Luis B. M., falleció tras ser dado de alta tres veces, indebidamente, por tener hipertensión. Francisco S. G., murió en Málaga, a la edad de 74 años, en Julio, tras esperar durante 1 hora ser atendido por una ambulancia después de sufrir una caída en el baño. Pero si la vida de Francisco se perdió por el retraso de la ambulancia, la vida de Rosario A., de 87 años de edad, corrió igual suerte el 16 de Agosto, tras **esperar al vehículo durante 1 hora y media en Carmona** (Sevilla), localidad donde no disponen de una unidad móvil de urgencias inmediatas. En Septiembre de este año, la Fiscalía abrió diligencias por la muerte del bebé de Antonia G. G., en 2007, en el Materno Infantil de Granada, al tratarse de un caso similar al de Ryan (Hospital Gregorio Marañón de Madrid), aunque aquí concretamente fue una recién nacida que falleció a las 23 horas por introducirle el alimento en vena. También este año, Ángeles M. R., nos denunció que desde 2002, que fue operada en Virgen del Rocío, espera incapacitada a ser intervenida de nuevo, debido a que **le colocaron una prótesis de húmero al revés**. El caso de Ana María C. P., lo pusimos en manos de la Fiscalía una vez fallecida, pues tras sufrir un accidente doméstico y acudir al Costa del Sol, presuntamente hubo un error de diagnóstico junto con un alta precipitada, además de una posible falta de asistencia y recursos por parte del hospital, a lo que hay que sumar la tardanza de la ambulancia para trasladarla a otro centro. En Septiembre, Dolores G. S., paciente sin patologías previas, **fallecía a los 27 años de edad, por gripe A, sin que le fuera detectada, pese a haber acudido hasta en cuatro ocasiones al Civil de Málaga**. Lo mismo ocurrió en Octubre, con Sheila, una niña de 10 meses, que sucumbía por el virus H1N1, tras ser dada de alta por la pediatra de guardia del Materno Infantil de Granada, pues bajo su criterio, después de auscultarla, estaba bien. Otra chica de 24 años de edad, fue también víctima de una supuesta mala praxis en la detección de este virus, quedando en coma inducido, esta vez en el Complejo Hospitalario de Jaén y de nuevo tuvimos que recurrir a la Fiscalía para investigación. Un brote de legionella en el barrio sevillano de La Macarena, en Septiembre, se cobró la vida de 3 personas y una decena acabó ingresada como consecuencia del brote. Pacientes oncológicos de Almería, con edades comprendidas entre los 80 años, han sido **obligados a hacer 800 km. diarios para 5 minutos de radioterapia** en una clínica privada de Málaga. Hay que añadir además, los escollos que, desde Agosto, sufren los pacientes del servicio de radioterapia, del San Cecilio de

Granada, para recibir tratamiento, por averías constantes e intermitentes de la máquina, como nos denunció María Dolores M. N., paciente de 32 años con un cáncer ductal infiltrante. Y así un largo etcétera.

El que piense que nos excedemos enumerando tal cantidad de casos, se equivoca, puesto que podríamos seguir llenando líneas y líneas, con estilo tedioso y monótono, sobre las calamidades, los infortunios y las desventuras de la sanidad andaluza.

### **3. CATALUÑA (1.334 Casos).**

- Barcelona 1069
- Tarragona 153
- Girona 76
- Lleida 36

#### **- Hospitales más denunciados:**

- 1º Hosp. Univ. de Bellvitge
- 2º Hosp. Univ. de Vall d'Hebron
- 3º Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona
- 4º Corporació Sanitària Parc Taulí
- 5º Hosp. Univ. Germans Trias i Pujol – Can Ruti

#### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

El ancestral modelo catalán, que fue el espejo para el resto de comunidades durante la década de los noventa, se marcha a chorros por el sumidero. Prueba irrefutable es el **déficit de más de 650 millones de euros** que atesora a causa de la desviación del presupuesto de 2008 y la insuficiencia del pronosticado para 2009. Si miramos de reojo, el Servei Català de la Salut todavía está amortizando el peaje de la pasada malversación de fondos públicos, y de forma inminente requiere un baluarte de más de 2.000 millones de euros para que el modélico sistema sanitario, que hasta la fecha ha tratado de implantar Marina Geli, no sea un fiasco a base de discrepancias con el sector médico por las condiciones en las que se está trabajando y la inexistencia de respuesta política a sus reivindicaciones. **El sistema de contratación que se sigue es precario.** Mientras no exista el beneplácito de los profesionales sanitarios, la desconfianza es un mal augurio.

La **escasez presupuestaria** de la que hablábamos ha incidido de forma notoria a la hora de contratar profesionales sanitarios que litigue el sempiterno déficit de médicos que azota a Cataluña por dos razones fundamentales: **jubilación de una franja importante de facultativos y estrategia errónea de planificación universitaria.** Como contrarresto, **el número de médicos extranjeros que ejercen cada vez es más**

**elevado**, levantando diversos recelos por las homologaciones de sus titulaciones. Fiel reflejo, fue la petición de investigación que en Junio trasladamos a la Fiscalía de Barcelona por la sospecha de matronas y ginecólogos trabajando en el Hospital General de Vic sin el título homologado. Pero lo de Vic no es una excepción. Por ello, imperiosamente habría que modificar la normativa con el fin de ofrecer la mejor calidad asistencial, salvaguardando por encima de otros intereses la salud del paciente. Y es que cuando la crisis aprieta, la mejor salida es apelar a la improvisación. El Govern, así se vio obligado, en las zonas turísticas, con los sustitutos de atención primaria, por una falta de planificación durante la época vacacional.

En paralelo a esto, ensambla la **truculenta falta de enfermeras en toda Cataluña**. La vocación innovadora del CATSALUT propone que los centros sanitarios dispongan de 8'4 enfermeras por cada 1.000 habitantes, que es la media europea, pero hasta la fecha no se ha hecho el más mínimo ademán por poner coto a esta carestía. En realidad ejercen 5'2 enfermeras por cada 1.000 habitantes. Mientras no se dé luz verde a la contratación de 25.000 enfermeras más, los hospitales y los CAP funcionarán bajo presión, a trancas y barrancas. Indudablemente resulta una utopía contratar tal cantidad de enfermeras, pero Cataluña ha de establecer los cimientos a partir de ya para que el número vaya "in crescendo": incrementando las plazas para cursar enfermería, mejorando las condiciones laborales y retributivas, pactando el reconocimiento profesional de la especialidad de enfermería, etc. A modo de ejemplo, en Septiembre, la Generalitat clausuró el geriátrico "El Sol" de Vallirana (Baix Llobregat); entre numerosas irregularidades no tenía ni una sola enfermera.

Dentro del conjunto de la región sanitaria de Barcelona, los consultorios de atención primaria donde el índice de médicos y enfermeras se sitúa por debajo de la media, son los relativos a municipios como: Granollers, Cardedeu, La Garriga, Sant Celoni, La Llagosta, l'Ametlla del Vallès, Caldes de Montbui y así un largo etcétera. Todos pertenecientes a la comarca del Vallès Oriental, que es la más agraviada en este aspecto. La comarcas del **Valle de Arán (Lleida), La Garrotxa (Girona) o Baix Ebre (Tarragona) precisan también del aumento en dotación de plantillas** pues difieren sustancialmente con el resto. Sí es cierto que con el objetivo de atender la demanda en verano, regiones como Girona se reforzaron con unos 50 médicos e idéntica cifra de enfermeras, pero por una reasignación no acertada se dejaron desprovistas otras comarcas.

Otro dato significativo que confirma la **presión asistencial y la carencia de refuerzos en Atención Primaria**, fue un estudio realizado a primeros de año por la "Plataforma 10 Minutos-Cataluña", llevando a cabo una encuesta entre los médicos de familia de 23 municipios catalanes con el propósito de evaluar la carga de trabajo. Los resultados arrojaron que un 51% en algún momento prestaron visita a más de 50 pacientes por turno y un 24 % más de 60. Un 44% no dispuso de sustituto durante las vacaciones de Navidad.

Como respuesta a estas vicisitudes, recientemente la Generalitat ha aprobado la implantación del Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria, que echará a rodar en 2010 y supondrá una modernización de los servicios sanitarios con un sistema de mejor acceso a los profesionales de los CAP. Pese a la evidente necesidad de la adopción de medidas en Atención Primaria, las voces de rechazo no han tardado en

aparecer desde la parcela médica, ya que estiman que puede suponer **cambios en las condiciones laborales y desigualdades del sistema.**

De cara a la opinión pública **el CATSALUT hace filigranas para que los números de las listas de espera se rebajen.** A día de hoy la lista de espera quirúrgica en Cataluña tiene una cifra muy similar a la del año pasado, la integran unas **52.000** personas, paciente arriba - paciente abajo. El tiempo medio de resolución en quirúrgica se fija por debajo de los 6 meses y en pruebas diagnósticas en 44 días. Sin embargo, el caballo de batalla de la lista quirúrgica sigue siendo las **intervenciones para prótesis de rodilla y cadera, cataratas o varices,** que en muchos casos superan con creces los 6 meses de media. El centro hospitalario que más demora acumula por lo que hemos observado a través de las quejas recibidas ha sido el Hospital Universitari de Bellvitge, donde se nos han denunciado casos farragosos como el de Santiago M. V., enfermo de cáncer que llevaba 70 días en lista de espera para recibir tratamiento de quimio por un tumor de 4 cm. en el hígado, tratándose de un asunto de urgencia vital. Igual de inhóspito resulta el caso de María M. L., los últimos meses a base de morfina, y que ya sufre un retardo de más de 2 años para ser intervenida de hernia discal en el mismo centro. También resulta chocante que en algunos CAP pedir cita implique una odisea, como en el de Rambla Ferran de Lleida, con una lista de espera en ocasiones de una semana para recibir consulta.

De momento nos mostramos un tanto escépticos ante las nuevas fórmulas que proliferan para aligerar las abultadas listas de espera, ya que son una especie de tapadera privada del sistema público de salud. Nos referimos a las **Entidades de Base Asociativa (EBAs),** que son empresas constituidas por profesionales sanitarios que establecen una relación contractual con el servicio público de salud para ofrecer servicios sanitarios a cambio de una financiación de capital. Ya gestionan doce centros de atención primaria. El Cap Remei de Vic ha sido el primero. Por otra parte, la gestión del Hospital Clínic de Barcelona nos hace dudar. Desempeñar su labor como centro público por la mañana y como privado por la tarde, no es algo frecuente, pese a que sus gestores defienden a capa y espada que supone la fidelización de sus profesionales.

En otro orden de cosas, **Cataluña naufraga en la dotación de infraestructuras,** como el ineficaz Plan Sanitario del Vallès Occidental de 2005, que ofertaba la construcción y puesta en funcionamiento de diferentes hospitales y CAP en localidades como Sabadell, Sant Cugat del Vallès o Terrassa. Los proyectos hospitalarios en Sant Joan Despí, Sant Boi de Llobregat, y en Mollet del Vallès también acumulan retrasos, al igual que se han incumplido los plazos en el Hospital Comarcal del Vallès que supuestamente dará cobertura a los municipios de Cerdanyola, Montcada i Reixac, Ripollet y Barberà del Vallès. Aunque **aprueba con notable en la nueva creación y remodelación de servicios de Urgencias** de otros hospitales que lo necesitaban de manera obligada: Hospital de La Seu d'Urgell de Lleida y Sant Pau de Barcelona.

Sin embargo los **servicios de Urgencias de algunos hospitales de Barcelona siguen siendo endebles y a veces tercermundistas si nos remitimos al de Vall d'Hebron,** donde no hay sillas para los acompañantes y frecuentemente los servicios carecen de papel y jabón. En otros como el Hospital Clínic se mastica la deshumanización en sus salas abarrotadas, hasta el punto de que los **pacientes mueren sin atención** como ocurrió el 6 de Julio con Ana C. P., anciana de 84 años. **“Mi madre**

*acabó falleciendo ya que estuvo 10 horas abandonada en un pasillo, con un aire acondicionado de 18°C y con el personal pasando sin hacerle caso”, nos comentó su hija entristecida. Pusimos el caso en manos de la Fiscalía, pero este no es el único caso ocurrido en el Clínic, ya que C. P. F., minusválido de 69 años, **también murió** el 31 de Agosto **en los pasillos, sin atención médica tras más de 5 horas de espera.** Se prevé que la ampliación del Hospital Clínic mejore su servicio de Urgencias, con 128 boxes nuevos, pero no se estrenará hasta ¡2013! ¿Tendrán que seguir falleciendo enfermos de esta forma tan angustiosa? Lamentablemente es lo más probable, aunque el acabose de este cúmulo de despropósitos ocurrió en Noviembre con el hallazgo en la basura, de documentos confidenciales de 173 trasplantados en este hospital, quebrantándose las reglas deontológicas. El culpable fue un miembro del equipo de cardiología del Clínic que incomprensiblemente tenía en su poder la documentación que fue encontrada en un contenedor cercano a su vivienda.*

No menos reseñable fue lo acontecido con Jordi, un bebé de apenas 50 días, que fue llevado por sus padres varias veces a Urgencias del Hospital Arnau de Vilanova (Lleida). No paraba de llorar y vomitaba todo lo que ingería. Fue dado de alta varias veces con el diagnóstico de cólicos. No supieron diagnosticar el derrame cerebral que tristemente provocó su muerte el pasado 14 de Junio.

Pero para hacernos una idea, del **estado de deshumanización** en el que se encuentra la sanidad catalana, por las listas de espera, por la falta de médicos, por la mala atención en Urgencias, etc., podemos exponer el brutal relato de la hija de un paciente fallecido el 15 de Septiembre y que lo simplifica todo: *“**Francisco R. M., 66 años de edad, llevaba 1 año y medio en espera de operación de una hernia inguinal en el Hospital de Sant Pau de Barcelona, no le avisan en este tiempo y cuando se pone enfermo, a mediodía, va al medico de cabecera y le diagnostica un cólico nefrítico, por la noche acude a Urgencias y nadie cae en que lleva esperando una operación, sin examinarlo, le diagnostican piedras en el riñón y lo derivan a la Clínica Puigvert, situada dentro del recinto hospitalario pero no le dan vehículo, tiene que hacerlo por su propio pie, y después de andar unos 100 metros, cae rendido al suelo sin atención. Mi madre que le acompaña va a buscar un taxi a la desesperada y cuando llega a recogerlo, el conserje del Hospital se había compadecido de él y había llamado a la ambulancia. Después de pruebas médicas le informan a mi madre que no tiene piedras, que es la hernia que posiblemente se estaba estrangulando, lo vuelven a derivar a Urgencias y vuelven a hacerle pruebas y más pruebas, él no para de quejarse de dolor y llega hasta a suplicar que le operen que no puede aguantar más, la respuesta es que el cirujano no llegaba hasta las 9:00 h de la mañana y que debía aguantar. Murió sufriendo lo indecible a las 5:20 horas sin que ni siquiera le abrieran, no paraba de repetir que se ahogaba, que no podía respirar, no le hicieron ni caso desde las 23:30h que entró en el Hospital, hasta las 5:20 de la mañana que falleció.**”*

El Servei Català de la Salut también suspende en otros derroteros: el conflicto por la asistencia sanitaria en Lleida a pacientes llegados de las comarcas limítrofes de Aragón, el Plan aprobado por el Parlament para tratar la fibromialgia que no ha creado las unidades pactadas, la **imposición lingüística del catalán a los médicos** que ha provocado una considerable huída a otras comunidades, el desembolso hecho público del CATSALUT de más de 1 millón de euros en sentencias perdidas contra profesionales médicos por jubilarles ilegalmente de sus consultas o las irregularidades

graves en el Sistema de Emergencias S.A. (SEM) por adjudicaciones a dedo infringiendo los deberes tributarios.

Por el contrario, siendo benevolentes es de alabar el endurecimiento de la Generalitat de los requisitos en la rama de la cirugía plástica y estética, dado el flote de este tipo de clínicas en la última década., obligando a los cirujanos a especificar su especialidad en los consentimientos informados que firman los pacientes antes de someterse a una intervención, según un reglamento pactado, al ente de evitar el intrusismo profesional en este sector. No olvidemos que en Mayo fue arrestado por los Mossos d'Esquadra Juan P. L., por **practicar operaciones estéticas sin título y con material veterinario**, en un piso del barrio del Raval (Barcelona), así como la farmacéutica que le proporcionaba silicona y anestésicos. Esta norma de la Generalitat, de igual modo debería ser acometida dentro del ámbito de la odontología, pues están resurgiendo clínicas dentales ilegales. Aquí los Mossos, en otra de sus actuaciones, tuvieron que detener a tres personas, desmantelando un piso en el barrio Gorg de Badalona, donde de forma clandestina usaban rayos X sin medidas de seguridad, utilizaban utensilios sin esterilizar o material caducado. Uno de los detenidos ejercía como odontólogo pero con el título falseado.

#### **4. COMUNIDAD VALENCIANA (1.205 Casos).**

- Valencia 692
- Alicante 445
- Castellón 68

#### **- 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. de la Ribera de Alzira

#### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

La espada de Damocles cuelga sobre la sanidad valenciana. **El debate ‘público-privado’ en la gestión de la sanidad pública está abierto.** A lo largo de los últimos 365 días hemos sido testigos de empedernidas **movilizaciones y concentraciones del personal sanitario enarbolando pancartas con el NO a la privatización** de la sanidad valenciana, producto de la **alarmante insuficiencia de medios humanos y materiales.** El modelo calcado, al fagocitado madrileño, desentraña titubeos en la calidad asistencial de los valencianos, pues cede el mando de la asistencia sanitaria a sociedades anónimas, como “Ribera Salud” que ya da cobertura a más de 1 millón de valencianos, controlando la organización de cuatro áreas sanitarias, concretamente, Torrevieja,

Dènia, Alzira y Manises. Después de una década de despliegue, el pedigrí del pionero “modelo Alzira” no acaba cuajar. Tanto los profesionales sanitarios como los pacientes, han palpado cómo el avance de la privatización acaricia el deterioro de los servicios públicos. Los profesionales lo están sufriendo en sus carnes con la **reducción de plantillas, falta de paridad en la selección de personal y salarios a la baja**. De manera correlativa, el sistema de reajustes de facultativos afecta a los ciudadanos con el incremento de las listas de espera, pues éstas son muy rentables para el sector privado, a excepción evidentemente de los pacientes de larga estancia (oncología, infecciosos, etc.) que en ese caso se les deriva a la pública. Es de Perogrullo que la tajada de este embolado la saborea el partido gobernante, que con las inversiones en nuevos centros sanitarios obtiene rentabilidad y beneficios a corto plazo, pero en cierta medida es una emboscada que hipoteca el futuro de la sanidad valenciana.

A la privatización progresiva hay que asociar el **endeudamiento del sistema**, con el caso GÜRTEL como telón de fondo. Desde 2001, la Conselleria de Sanitat adeuda 2.000 millones de euros en facturas pendientes de pago, intereses y gastos de cobro a proveedores de material sanitario y laboratorios. De hecho, ha supuesto que el Tribunal Superior de Justicia Valenciano la haya condenado con 53 sentencias por valor de 68 millones de euros, en el período que va de 2007 a 2008 y que obviamente habrá que sumar a la herida abierta. ¡Detestable! Claro está, que el Conseller de Sanidad, Manuel Cervera, podrá reclamar dinero al Ministerio de Sanidad para financiación, con la excusa del aumento de la demanda sanitaria de la población extranjera, pero dejando a parte que los presupuestos del Ministerio dejan mucho que desear, se le olvida que esa población extranjera vive, consume, cotiza y por lo tanto ayuda a la economía valenciana.

Haciendo un repaso a bote pronto de los procesos coyunturales de la sanidad valenciana, podemos observar: **amplios tiempos de espera, ratio de camas hospitalarias muy por debajo de la media nacional, sobresaturación de los hospitales, fuerte presión en los servicios de Urgencias, déficit de profesionales por la excesiva precariedad laboral, incumplimiento del inicio de infraestructuras hospitalarias prometidas** (Peñíscola, Benidorm, Ontinyent y la Vall d’Uixò), o retraso en centros de especialidades (Xirivella, Alaquàs, etc.). La explicación a esta política sanitaria de fracasos sin paliativos es la **deficiente inversión en medios técnicos y humanos**. Este retardo o incumplimiento de puesta en marcha también trasciende a la provincia de Castellón con centros presupuestados hace ya 4 años: Benicarló, Almassora o Vinaròs.

Entre provincias, todavía existen enormes diferencias. **Alicante aglutina las tres comarcas más discriminadas en déficit de medios de toda la Comunidad Valenciana: Marina Alta, Marina Baixa y Vega Baja**. Siempre a la cola en recursos humanos, en tecnología, en número de camas donde si la media nacional es de 3’5 por mil habitantes, en Orihuela o en municipios de la Marina Baixa (Benidorm, Altea o La Vila Joiosa) es de 1 por mil habitantes. Además, las áreas de Alicante y San Juan todavía continúan soportando el engañabobos de la Conselleria que les sigue presupuestando los 13 centros de salud que ya fueron presupuestados en 2003.

Es enojante la mala planificación de la empresa ‘Marina Salud’ en la apertura del nuevo hospital de Dènia tal y como nos denunció la Junta de Personal del Departamento Sanitario: servicios centrales con enormes atrasos en la realización de



pruebas diagnósticas, escasez de material fungible, ausencia de medicación vital y de instrumentos básicos de reanimación, deficiencias en hostelería (comidas frías, a deshoras, dietas no adaptadas a las patologías de los pacientes), escasez de material para el aseo del paciente (jabón, pañales para adultos, agua caliente, etc.), caos en la citación de consultas externas, etc. Colindando, es irritante la carestía de plantilla y especialistas en el Hospital Marina Baixa de La Vila Joiosa por la inexistencia de presupuesto: enfermeras, celadores, reumatólogos, alergólogos, falta de una ‘Unidad de Enfermedades Infecciosas’, etc. Y también, es indignante la opresora masificación que sufre el Hospital Comarcal de La Vega Baja de Orihuela por el éxodo de médicos y las enormes deficiencias: falta de oncólogos y de unidad oncológica, falta de transparencia en las listas de espera de especialistas, anulación de revisiones ginecológicas de operadas de cáncer, jornadas de guardia interminables de los especialistas, etc.

Poniendo el dedo en la llaga, esta **permanente falta de profesionales es el mal endémico de toda la Comunidad Valenciana** en concordancia con el estrés, que por tal motivo, padecen los sanitarios que trabajan en ella. Los profesionales sanitarios están exonerados de la falta de interés de la Conselleria de Sanitat. La situación se ensombrece si nos fijamos en el envejecimiento de sus plantillas ya que en breve varias especialidades quedarán sin relevo: cirugía torácica, cirugía pediátrica, medicina nuclear, etc. Como constatación, por citar alguna discordancia, podríamos mencionar cómo la marcha del único oftalmólogo del Hospital Virgen de los Lirios obligó a derivar intervenciones a Valencia y Alzira. Más farragoso aún, es lo que ocurre en el centro de especialidades de San Fermín (Elx), donde **una auxiliar de enfermería nos denunció que ante la falta de radiólogos era obligada a realizar y revelar placas**, siendo neófita en la materia. El Síndic de Greuges le dio la razón.

**El ‘Plan de Verano’ fue un patinazo.** No se llegaron a cubrir los alrededor de 600 facultativos más que se precisaban, quedando desprovistas zonas turísticas como Gandía o San Juan. Subió la demanda de consultas y las urgencias por el aumento de población pero la respuesta de la Conselleria se alejó de las necesidades de la población, porque no se cubrió el 50 % de plazas vacantes de médicos y enfermeras. En Alicante los centros de salud más sobrecargados fueron los de Elda, Alcoi u Orihuela por la falta de médicos de familia y pediatras de relevo. El caos se vivió en el Hospital de Elx, donde la falta de personal, cuando la presión asistencial apretaba, obligó a las enfermeras de Urgencias a ser derivadas a quirófanos y neonatos.

El mal común de la falta de especialistas va ligado a las **propagadas listas de espera**. Aquí la teoría de la Conselleria muestra que actualmente **27.500 pacientes engrosan la lista quirúrgica**, con una demora media de 48 días para la intervención. En muchos casos son números que distan de la realidad, pues el dato que nosotros manejamos es superior a 50.000. Las especialidades quirúrgicas con mayor número de pacientes son por este orden traumatología, cirugía general y oftalmología, donde en ocasiones, los pacientes han de esperar hasta 180 días para ser operados, lo que triplica la media fijada. El centro que acumula mayor demora es el Hospital General de Alicante, que ha bajado el número de intervenciones por la reducción del programa de autoconcertos que mantenía los quirófanos funcionando por las tardes, originando casos con cotas insostenibles: 20 meses de espera para traumatología ó 24 en el área de radiología diagnóstica. Si se trata de cirugía de obesidad mórbida, mínimo son 2 años como en el Hospital General de Castellón. A veces, nos encontramos con situaciones más delicadas, como el caso de María Jesús A. F., que en Julio tuvimos que remitir a la

Fiscalía puesto que llevaba 7 meses en lista de espera para ser intervenida en el Hospital La Fe de un cáncer de pecho epidermoide. La paciente resignada se lamentaba: ***“Si en el primer análisis del pecho en Enero, me hubieran quitado el bulto y diagnosticado el cáncer, ahora no tendrían que quitarme el pecho y sufrir lo que he sufrido hasta ahora”***.

Para consulta con especialista son unos 150.000 pacientes los que engloban la lista, siendo las patologías con mayor demora: oftalmología, traumatología, ginecología y dermatología. Aquí igualmente, cuando las perspectivas son desfavorables se acicalan las cifras o se utilizan estratagemas como las agendas cerradas para especialista. Así lo pudimos comprobar en el Hospital de Vinaròs donde los padres de un niño de 3 años con un problema en el pie, recibieron esta excusa durante 8 meses hasta poder conseguir cita con el traumatólogo para que le tratase. Irene F. P., madre del niño, indignada nos decía lo siguiente: ***«Como ciudadano no puedo admitir que un responsable público me diga que no hay medios suficientes en sanidad y se quede tan ancho, mientras veo cómo se malgasta el dinero público en la Fórmula-1, la visita del Papa, la Ciudad de las Lenguas, la Copa del América y otros eventos similares cuya magnitud es inversamente proporcional a la talla de nuestros representantes»***. En pocas palabras resume el *vox populi* de gran parte de los pacientes valencianos.

Si el Sr. Cervera defiende con vehemencia la buena salud de las listas de espera, los pacientes permanecen con incredulidad ante diversas circunstancias: citas a principios de 2009 para consulta con el neurólogo dadas para Junio de 2010 en el Centro Juan Llorens de Valencia (desmantelado por el Hospital General de Valencia), 12 meses de espera para rehabilitación en el Centro de Especialidades de Burjassot, 12 meses de demora para odontopediatría en los centros de salud de Xàbia y Calpe, 8 meses para el oftalmólogo en el centro el Espanyoletto en Xàtiva, demoras de más de 6 meses en neuropediatría en La Fe, etc., etc., etc. Esto se traduce en que la Valenciana es la **tercera comunidad que peor lista de espera tiene**, por detrás de Galicia y Canarias.

Con este panorama, produce cierto sonrojo hablar del estado de las **Urgencias**, puesto que son la viva realidad del estado de los servicios sanitarios en toda la comunidad, pero para no seguir recalcándonos en las divergencias ya apuntadas, **el factor fundamental de su saturación es el déficit de camas que** obliga a atrincherar a los pacientes en los pasillos por la falta de planificación, mientras que el personal sanitario soporta presiones extremas ante la escasez de plantillas. Basta con leer la prensa a lo largo del año y encontrar titulares de esta índole: *“Colapso del Servicio de Urgencias de la Ribera”*, *“El Hospital de Elda desvía enfermos a otros centros para evitar el colapso en Urgencias”*, *“La saturación de Urgencias del Hospital General de Alicante lleva a ingresar adultos en Pediatría”*, *“Urgencias no atiende por la tarde”*, *“Descontrol en Urgencias de la Canyada”*, *“Benidorm tiene en verano sólo 3 médicos para atender urgencias”*, *“Los MIR del Hospital La Fe denuncian la situación caótica de Urgencias”*, *“Pacientes y médicos exigen más personal en Urgencias de Manises”*, *“Urgencias del Hospital General se colapsa con un centenar de pacientes más al día”*, etc. Como se puede percibir, prácticamente los servicios de Urgencias de todos los hospitales se encuentran en el dique seco.

Antes de finalizar, de forma somera citaremos otros asuntos no menos trascendentales. Falta de aparcamientos en los hospitales de nueva creación y los que lo tienen son de carácter privado. El Hospital de Sagunto tuvo que regalar los televisores

por la privatización del servicio audiovisual. La puesta en entredicho del programa informático Abucasis tras la condena de tres años de cárcel a un facultativo por consultar historiales indebidamente. El escaso apoyo de la Generalitat a los enfermos mentales por la imposibilidad de acceso a un tratamiento. La confirmación del Tribunal Supremo de la condena de 1.993 años de cárcel al anestesista Maeso por contagio masivo a pacientes con hepatitis C.

Durante 2009 la Asociación El Defensor del Paciente solicitó unas cuantas **investigaciones de oficio a diferentes Fiscalías de la Comunidad Valenciana** frente a casos ciertamente tremebundos: por las dos menores ingresadas en el Hospital Clínico de Valencia al presentar reacciones adversas a la vacuna del virus del papiloma humano (VPH), por el nuevo brote de legionela en Alicante que afectó a una veintena de personas con especial incidencia en la localidad de Alcoi, por la detención de un empleado de La Fe al conducir en estado de embriaguez portando en su vehículo restos de biopsias de fetos, por las imprudencias que pudieron causar la muerte a una embarazada con gripe A en Castellón o por la muerte de un bebé en extrañas circunstancias en el Hogar Provincial de Alicante y que había sido retirado de la custodia de su madre por problemas económicos.

Matizando, la tabla de salvación o rampa de lanzamiento del sistema sanitario valenciano pasa por una reforma inmediata bajo el control de la Administración Pública que es la genera los presupuestos, garantizando la estabilidad laboral de sus profesionales con el fin de ofrecer la mejor asistencia a sus pacientes.

## **5. CASTILLA y LEÓN (706 Casos).**

- Valladolid	178
- León	161
- Salamanca	94
- Burgos	79
- Ávila	69
- Palencia	49
- Segovia	38
- Zamora	25
- Soria	13

### **- Hospitales más denunciados:**

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

### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

- 1º Traumatología
- 2º Ginecología y obstetricia
- 3º Ambulancias, transporte sanitario.

4º Urgencias  
5º Cirugía general

En términos coloquiales la sanidad en Castilla y León este año no ha superado la prueba de la ITV. Se palpa una **exigua inversión en personal sanitario** y entendemos que los presupuestos levantan muchas suspicacias, sin atender a las necesidades de los ciudadanos de la Comunidad, puesto que gran parte del dinero va para los conciertos privados con la disculpa de las listas de espera kilométricas.

**La política sanitaria se está enfocando hacia obras y nuevas infraestructuras, mientras que en el otro extremo se dilapidan los recursos humanos.** Así, está previsto varias acometidas a nivel hospitalario: se encuentran a falta de finalización el Provincial de Ávila, el de León y el nuevo de Burgos; comenzarán las obras en los centros de Zamora y Miranda de Ebro y otros cinco (Clínico de Valladolid, Río Carrión de Palencia, Hospital de Benavente, Salamanca y Soria) continuarán en obras. A todo ello se suma acciones similares en 30 centros de salud. Suena muy bien, compartimos la letra, ese es el camino, pero no es oro todo lo que reluce.

**La atención primaria ha perdido prestigio con el transcurso de los años.** La gestión privada de los recursos, está impidiendo la implicación de los profesionales y por lo tanto la calidad asistencial no es la mejor, con el inconveniente de ser una población muy envejecida. Es **necesario que se optimicen recursos**, homogeneizando las condiciones laborales de los trabajadores, y que se acabe con las peonadas estableciendo jornadas de mañana y tarde. El reto es acabar con la **política opaca de conciertos** y por consiguiente, que no existan hospitales de gestión privada como el nuevo de Burgos. Sabemos que las comparaciones son odiosas, pero tal vez no se llegue a la exagerada cadena de privatizaciones formalizada en Madrid o en la Comunidad Valenciana, al no ser la tierra comunera una zona rentable para invertir por su esparcimiento. Además, genera una gran controversia que la Junta firme convenios sanitarios con otras comunidades, este año concretamente con Extremadura para atención especializada, y que no suceda lo mismo pero a la inversa.

Los entresijos de la sanidad se debaten entre la falta de medios y su origen, porque como señalamos, Castilla y León es una población muy dispersa. Problemas como ausencia de inversión presupuestaria para atender usuarios desplazados a otras Comunidades, localidades que distan una hora o más del centro sanitario más cercano, falta de unidades del 112, ambulancias que acuden sin médico o la falta de transporte para el propio personal sanitario que debe desplazarse en vehículo propio para visita domiciliaria a localidades distantes, están a la orden del día en las necesidades sanitarias de la región. Las ambulancias no llegan a las zonas rurales, por lo que se precisan mecanismos de transporte para el traslado de pacientes a los hospitales de la forma más rápida. Estas precariedades de los servicios médicos de urgencias, a modo de ejemplo, las sufren poblaciones como Muelas del Pan (Zamora) que presta atención médica a varias localidades (Villalcampo, Carbajosa, Villaflor, Almendra, Almaraz de Duero, Muelas, Valdeperdices, etc.), dándose la circunstancia que durante meses no han dispuesto de teléfono móvil para los avisos médicos, además de la escasa cobertura que tiene el consultorio. Aquí **el problema radica cuando un paciente sufre una dolencia grave a las 2:00 horas de la madrugada.** ¿Quién le lleva al médico? Los medios de emergencia aérea, al igual que el resto son escasos. Los helicópteros de emergencia,

afortunada o desafortunadamente, más bien están para los incendios, no para el transporte sanitario.

Aplaudimos la gran iniciativa del SACYL por la próxima entrada en vigor de la figura del Informador de Urgencias en los hospitales, pero por delante hay otras necesidades básicas por afrontar, como mejorar la calidad asistencial de los consultorios de guardia que funcionan para atender urgencias y que disponen de un solo médico sin ayuda de una enfermera. Nos referimos a varios municipios de Segovia (Bercial, Ayllón, Turégano, Aguilafuente, etc.) y Burgos (Pardolungo, Oña y Trespaderne). **La asistencia sanitaria en El Bierzo ha llegado a ser deplorable a todos los niveles:** apremia la ampliación de la ratio de cama por habitante en más de 250 camas; Urgencias sobresaturadas teniendo que suspender intervenciones quirúrgicas para poder liberar camas; revuelo en Atención Primaria con la denuncia del personal contra el gerente por no negociar sus derechos; listas de espera abusivas, etc.

**Urge un plan de recursos humanos** que permita una cartera de servicios adaptable a las necesidades de la región, sobre todo por la dispersión de población y que un 25% de la misma son mayores de 65 años. No en vano, de 2.002 a esta fecha, Castilla y León ha perdido unos 4.000 médicos. En líneas generales la **escasez de pediatras y matronas** en las zonas rurales es muy acentuada, por no mencionar el flujo migratorio de enfermeras a otras provincias y al extranjero.

En Octubre pasado, la Junta ha aprobado un decreto para paliar el déficit de profesionales sanitarios que incide en tres niveles: formación de médicos especialistas, captación de médicos ya formados y aumento de plazas en las facultades. Es un estímulo que entraña cierta dificultad, a expensas de las diversas situaciones que se han sucedido en 2.009, como consecuencia de una política de parches en la colectividad de las provincias. Los servicios del Complejo Hospitalario de Ávila están experimentando un deterioro progresivo, ya que a la acreditada falta de **oncólogos**, de forma simultánea se ha unido el de urólogos, viéndose obligados algunos cirujanos a desempeñar funciones en especialidad de urología. Pero es que en determinadas zonas el déficit de oncólogos se origina por una redistribución peyorativa como ocurre en Burgos, donde se restó personal a favor de nuevos destinos por razones políticas, como si los pacientes no importen a nadie. De hecho el **Servicio de Oncología del Complejo Asistencial del Burgos hizo varias tentativas de huelga** por esta razón, aunque primó el diálogo con el SACYL y felizmente no cristalizó. La pérdida de un oncólogo en Burgos porque se negó a prestar sus servicios en Ávila, y que ahora trabaja para el Sergas, ejemplifica la gestión errónea por la entrada en vigor de la normativa que obliga el traslado de médicos para cubrir las carencias de especialistas. En lugar de dar soluciones, el decreto ha obrado para que la problemática se encrudezca. Esto ha supuesto muchas incomodidades ya que varios enfermos han tenido que viajar a la Clínica Universitaria de Navarra a recibir su tratamiento. Según la Sociedad Española de Oncología en Castilla y León serían necesarios 75 oncólogos para atender a sus dos millones y medio de habitantes. En este momento hay solamente 50.

En este sentido **Soria es la provincia más damnificada**, con la ausencia de 17 especialistas (ginecología, urgencias, pediatría y cuidados intensivos) o por el traslado temporal de su unidad de cuidados paliativos. Idéntica situación se ha dado en el Complejo Asistencial de Zamora, con una disminución continuada de plantillas muy ajustadas, a lo que hay que unir una falta de contratación imperecedera y la polémica

suscitada al no disponer la comarca de Sanabria de una matrona. Palencia tampoco se queda a la zaga, donde la 'Plataforma Pro-Hospital Guardo' ha denunciado que en el Complejo Hospitalario Palentino no hay especialistas hasta las 15:00 horas, registrándose casos en los que aunque se encontraban en el hospital no han querido atender urgencias. Otro tema puntual a destacar ha sido la falta de neurocirujanos de guardia en el Hospital Río Hortega de Valladolid debido a que la conflictividad de su servicio hace poco atractiva la incorporación de profesionales. Finalmente, en Junio la Junta se vio obligada a contratar 183 médicos para paliar la falta de profesionales en la Comunidad, de los cuales 61 han ido a Valladolid, y sólo 6 a Palencia y Soria, lo que haciendo cálculos demuestra la mala distribución que existe por las enormes diferencias en el reparto.

Mostrando una visión global sobre las **listas de espera**, en lo referido a la quirúrgica ha descendido, salvo en las provincias de Zamora y Ávila que se ha acrecentado. No obstante, la percepción del 35% de los ciudadanos de Castilla y León, según el barómetro que cada año elabora el Ministerio de Sanidad, estima que el SACYL no está trabajando en la reducción de los tiempos. **La media de espera para una intervención quirúrgica suele ser de 60 días**, algo por debajo del resto de España, a excepción del Complejo Hospitalario de Zamora que es el que peores guarismos ofrece, con alrededor de 5 meses para poder operarse. Actualmente, son alrededor de 25.000 pacientes los castellanos leoneses que aguardan una operación y las especialidades con mayor demora por este orden son: **oftalmología, traumatología, cirugía general y de digestivo y urología**. Sin embargo, algunas cifras que cuelgan en la web del SACYL huelen a cartón piedra, pues resulta imposible calcular lo que un paciente tiene que esperar para ser operado en hospitales como en el de El Bierzo o en el de León. El centro berciano, junto al de Burgos y Salamanca, es el más saturado de la Comunidad, como más arriba apuntábamos. El Río Hortega de Valladolid, por culpa del traslado, también ha visto sus números acrecentados en patologías de maxilofacial y cirugía plástica.

Otras contrariedades por apaciguar son la no existencia de un censo de lesionados medulares que impide poner en marcha un plan de atención específico a estos pacientes o la reivindicación de los enfermos de parkinson para recibir rehabilitación física y psicológica que la seguridad social no les ofrece.

La muerte de Isidro I. G. al que negaron el traslado desde el Hospital Virgen de la Concha de Zamora a un centro madrileño para ser operado con una técnica que no precisaba trasfundirle por ser testigo de Jehová, o el fallecimiento de Julia, bebé de 9 meses, tras ser dada de alta tres en Urgencias del Hospital de León pese a sufrir fiebre alta y problemas respiratorios, resultaron ser casos bastante peliagudos. Aunque no menos, el hecho protagonizado por Baltasar C., paciente de 76 años que quedó **parapléjico por una presunta negligencia** médica durante una intervención de próstata en el Hospital de León, y que **en vista de que la historia clínica se la entregaron incompleta, se pagó de su bolsillo 1.500 euros para poner un anuncio publicitario en dos periódicos de la región**, instando al Consejero de Salud y al Gerente de Salud del Área de León a que le notificasen los informes del anestesista que le faltaban.

En materia de justicia en 2009 destacaremos la emisión de dos sentencias ejemplares tramitadas por nuestros servicios jurídicos en Castilla y León. Una de la

Audiencia Provincial de Valladolid, **condenando a prisión e inhabilitación a un médico** de Atención Primaria del Centro de Salud “La Rondilla” de Valladolid por un delito de homicidio con imprudencia profesional grave. La otra del Juzgado de lo Penal nº 2 de Burgos, que condena a un oftalmólogo de esta localidad por falsificar la historia clínica de una paciente para ocultar una mala praxis.

Como colofón queremos reseñar que ante la noticia de la próxima creación de la institución del Defensor del Paciente en Castilla y León, no nos ha quedado más remedio que advertir a la Junta y a la Consejería de Sanidad, que rectifiquen su idea y sean más imaginativos a la hora de instaurar el nombre, pues esa figura ya existe a nivel nacional desde 1997 y ya se encarga de defender los derechos de los pacientes de una forma independiente y con neutralidad, características que ponemos en duda pueda desempeñar un organismo que depende de la Administración, y por tanto, de no ser así nos veremos obligados a acudir a los Tribunales, como ya nos ha ocurrido con la Comunidad de Madrid, que a la postre ha demostrado ser un cargo que carece de libertad para declinarse del lado del paciente cuando éste lleva la razón.

## **6. GALICIA (647 Casos).**

- A Coruña 325
- Pontevedra 251
- Lugo 39
- Ourense 32

### **- Hospitales más denunciados:**

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

### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

La sanidad gallega se repite como una cita sin fin. El atisbo de mejora sanitaria que alentaba el **cambio de gobierno** al frente de la Xunta de Galicia, y por consiguiente de Consellería, de momento se diluye al no apreciar prácticamente variaciones prósperas y sustanciales. O quizás sí se disipe un giro diferente, pero totalmente inquietante en el sentido estricto de la palabra, contemplando como **el Sergas se encorseta en un modelo de estampado privatizador**, que guarda excesivo mimetismo con el madrileño y el valenciano. Por ello, la papeleta de la nueva Conselleira, Pilar Farjas, para enderezar el rumbo, se nos antoja harta complicada.

Lo que no se puede tolerar son los **enfrentamientos diarios entre Pilar Farjas y el gobierno bipartito**, enfrascados en una guerra que no conduce a nada, a base de sacar los trapos sucios. Es lo que tiene un cambio de gobierno, la misma cantinela de acusarse los unos a los otros de los problemas que existen y existían; mientras tanto la sanidad gallega sin barrer. Farjas, al poco de incorporarse a su nuevo cargo, acusó a la oposición de dejar un agujero de 400 millones de euros, razón por la cual, según ella, no había fondos para acometer el nuevo hospital de Vigo. La polémica estaba servida. El bipartito contraatacó, justificando el desmán como la coartada de la Conselleira a la antesala para implantar la doctrina privatizadora. La respuesta de Farjas no se hizo esperar, y echando leña al fuego, sentenció que el debate entre lo público y lo privado es **“casposo y demagógico”**. Una conclusión carente de método y criterio, al ser todo lo contrario, es decir, una cuestión legítima en la que ha de quedar claro qué objetivos defienden los que se inclinan por la gestión pública y viceversa. Pero ahí no quedó la cosa. **Farjas no sólo se enzarzó con el ente de la oposición, sino que también, al poco, lo hizo con los facultativos del Sergas con otras incendiarias declaraciones, acusándoles de abusar de las horas extras para cobrar pluses.**

Todo este alboroto no deja opción a la duda: urge un lavado de imagen. Dejémonos de embrollos, pues a la postre lo único que generan son el descrédito en los profesionales, que parece que son los culpables de las deficiencias pasadas y venideras. La pescadilla que se muerde la cola de este lío arrastra también al paciente, que se siente ninguneado, entre otras cosas al presenciar como con el anterior gobierno había infraestructuras sanitarias presupuestadas y ahora se quedan estancadas, se cierran los quirófanos por la tarde, se recorta el número de profesionales en atención primaria, etc. Con la duda de si realmente es por la falta de fondos o porque los gobernantes buscan otro tipo de intereses encaminados a la privatización de la sanidad gallega, más propia de un kamikaze: en dirección contraria y sin frenos.

La sanidad gallega es la **segunda peor valorada por sus usuarios**, según recoge el barómetro del Ministerio de Sanidad, especialmente por sus listas de espera, que son su seña de identidad. **Bochornosas, desastrosas, infaustas, aciagas, nefastas, kilométricas, etc.** Podríamos seguir con los adjetivos para calificarlas pero nos rendimos; **son las peores listas de espera de España**, sin más y a todos los niveles: en intervenciones, en cita con el especialista, en consulta de atención primaria, en realización de pruebas diagnósticas y en rehabilitación.

La **auditoría** de las listas de espera encargada por Farjas y el **fin de las peonadas**, destaparon el tarro de las esencias, dando lugar a un nuevo duelo político, quizás más inexorable que el originado por el tema de la privatización.

Como decimos, por una parte, Sanidade al dudar de la fiabilidad de las listas de espera del bipartito, realizó una auditoría, encargada por su departamento, que reveló **71.224 citas de pacientes sin registrar**: 46.373 son citas de consultas no computadas, 19.523 peticiones sin atender y 5.328 citas pendientes de pacientes desprogramados indefinidamente. Según el estudio, el Xeral de Vigo fue el más afectado con 12.000 pacientes sin informatizar. El bipartito tachó el análisis de **“inventado y manipulado”**. ¿Pretende la Consellería desviar la atención con la auditoría como compensación a la subida de la lista de espera durante lo que lleva de mandato? ¿Qué hay de cierto en el número de pacientes ocultos? ¿Negó el bipartito la asistencia a miles de gallegos guardando sus expedientes en un cajón para maquillar las estadísticas? Resumiendo,



**existen dos listas, la oficial y la no oficial.** La falta de transparencia por ambas partes es perversa, ninguno se pone de acuerdo y el paciente obnubilado a verlas venir.

Por otra parte es indudable que la medida adoptada por Farjas del **cierre de quirófanos por la tarde**, o lo que vulgarmente se conoce como el fin de las peonadas (pagar horas extras a los cirujanos para operar por las tardes), escudándose en una alternativa de ahorro y eficiencia, **ha incrementado la lista de espera quirúrgica**. Para muestra un botón: en 2008 el Xeral y Meixoeiro de Vigo practicaron unas 6.000 cirugías por la tarde, o el CHUS realizó unas 4.000. Ahora quedan en el aire decenas de miles de pruebas diagnósticas, pues la jornada mañanera no puede asumir la supresión de las peonadas.

Así, el balance actual de la lista de espera del SERGAS ha aumentado. La demora media para someterse a una intervención son 92 días, siendo neurocirugía con 125 días y cirugía plástica con 115 respectivamente, las patologías que mayor espera acumulan. **Traumatología** es la patología que mayor número de pacientes acumula para ser operados, unos 9.500. Para cita con el especialista hay 231.293 gallegos, según datos de Sanidade, con una media fijada de 79 días, resultando ser el área de ginecología la que absorbe los mayores dígitos pues se ha pasado de 115 días para ser atendido a 148. Más agravio sufren los pacientes que precisan una prueba diagnóstica, un total de 140.000 gallegos más o menos en la actualidad, de los cuales alrededor de 4.500 soportan más de 1 año hasta que se les practica, como en lo referido a la prueba de la apnea del sueño.

**La lista de espera gallega no ha cejado su empeño en darnos malas noticias** a lo largo del año, muchas de ellas torticeras, pues tiran por la borda los ya de por sí nefastos números que maneja el SERGAS. El Defensor del Pueblo nacional abrió una investigación sobre las listas de espera del Complejo Hospitalario de Vigo, en relación a un caso de cirugía de cáncer de mama con 3 años de espera. El CHUS acumuló un retraso de más de 2 años en dar cita para consulta de urología a un paciente, que con las pruebas ya realizadas debe aguardar 17 meses, hasta Octubre de 2011 para que le vea el especialista. En el mismo hospital, María Juana S. D., pidió cita en Marzo por problemas en una de sus caderas, de acuerdo a que su médico de cabecera la instó a ello al considerar que la debía ver un traumatólogo para operarla con urgencia, pero hasta dentro de un año Marzo de 2010 no le dieron cita. A principios de año, Obdulia F. A., de 68 años, llevaba desde Marzo de 2006 para consulta con el cirujano vascular con el fin de que éste le pusiera fecha para operarla de varices en el Xeral-Calde de Lugo. Luis R. S. nos criticó la demora de 10 meses a la que se veía obligado por el Centro El Ventorrillo (A Coruña) para obtener un diagnóstico debido a sufrir transaminasas elevadas. Una paciente oncológica de 32 años, Marta N. D., con antecedentes familiares de muerte por cáncer de colon, desde Abril de 2008 se encontraba a la espera para la práctica de una colonoscopia en el CHUAC y hasta Junio de 2010 no le daban cita, es decir, más de 2 años.

El caso más grave y surrealista es el de Silverio B. B., fallecido el 10 de Marzo de este año mientras intentaba dormir, víctima de la apnea del sueño, la prueba que hemos señalado que más se retarda. Ya había sido diagnosticado de esta patología en el Meixoeiro de Vigo en Diciembre de 2008, donde le informaron que la unidad de apnea del sueño en Vigo estaba en el Xeral pero que tenía una demora de 2 años, por lo que a la vista de los resultados murió en lista de espera. Pero por culpa de una mala gestión

del SERGAS, que como se demuestra tiene **citas ocupadas por pacientes fallecidos**, desde su muerte el Complejo Hospitalario de Vigo estuvo avisando a su domicilio, paulatinamente cada 2 meses (27 de Mayo, 2 de Julio y 2 de Septiembre), para que acudiese a la realización de pruebas. **¡Se dio 3 citas a un muerto!** Tras la última llamada recibida, su hijo Noé estalló: *“... ha muerto en espera de intervenirle, que nos dejen tranquilos y que mi padre no esté ocupando listas de espera para otros pacientes. A los 8 días de fallecer le dimos de baja en la Seguridad Social. Ahora está en el cielo, para él el infierno era el Meixoeiro”*.

Aparte de todo esto, lo que nos parece impresentable por parte de los mandatarios sanitarios de la comunidad gallega, es que no se informe a sus pacientes de sus derechos. Nos referimos a que, cuando Manuel Fraga era todavía Presidente de la Xunta, se creó el Decreto 104/2005, publicado el 11 de Mayo de 2005, que recoge que si un paciente permanece más de 140 días en lista de espera estructural, pudiendo acreditar con documento la fecha de entrada en la lista, sin que su hospital de referencia le informe de la fecha de la operación, podrá acudir a la privada para ser operado y solventar su dolencia en un plazo máximo de 180 días. ¿Cuántos pacientes conocen este Decreto? ¿O acaso a la Consellería de Sanidade no le interesa que se sepa?

La conclusión a este berenjenal, independientemente de quien gobierne o haya gobernado, es el incumplimiento flagrante e inmarcesible de la administración gallega para garantizar la salud de los gallegos por las listas de espera. La solución radica en inyectar más dinero y gestionar mejor los recursos, para acercarnos a la demora mínima en patologías graves, finiquitando los cuellos de botella en las pruebas diagnósticas que son el quebradero de las mismas.

La **marcha a Portugal de personal sanitario** en busca de condiciones laborales dignas, y que el SERGAS no ofrece, ha sido atosigante en 2009. La calidad asistencial está muy mermada por la falta de especialistas y enfermeras, su mala distribución y el aumento de la demanda. Los contratos son malos, los turnos son incoherentes y faltan medios, por lo que al acabar la especialidad muchos se van a ejercer a la privada. Los que quedan en la pública, en muchos hospitales desempeñan el acto médico en condiciones deficitarias al desamparo de los pacientes. En algunos Complejos como el CHOU, las enfermeras de la planta de cirugía, de forma voluntaria, tuvieron que prolongar su jornada al menos una hora por turno para evitar daños mayores. Dicho lo cual, supone una situación de precariedad laboral por la sobrecarga, ya que el número de enfermeras no es el adecuado. En otros incluso, por idénticos motivos, las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Xeral de Vigo, en el mes de Mayo protagonizaron un encierro en un despacho de la Gerencia, como protesta para demandar un aumento de la plantilla. Galicia necesita con celeridad 2.000 enfermeras más para normalizar su insuficiencia con la media estatal y evitar situaciones de este tipo.

Si nos fijamos en los especialistas, **Galicia es deficitaria** por este orden en: **pediatras, médicos de familia, cardiólogos y cirujanos cardiovasculares**. Son los médicos de primaria, los que en muchas ocasiones han de atender a los menores de edad al escasear los pediatras. Sirva algún dato más. El Hospital Xeral-Calde de Lugo es el que peor ratio de personal tiene por cama de toda Galicia. O el problema suscitado con la epidural en los hospitales comarcales de Valdeorras y Monforte por la falta de anestesistas. En otros centros como el comarcal Virxe da Xunqueira de Cee, por culpa de la mala gestión, han estado 4 años sin los servicios de cardiología, digestivo,

oncología y neumología. Este aglomerado de adversidades, ha traído consigo un arribo notable a la comunidad gallega de médicos foráneos, unos 300, que ha generado cierta incertidumbre por la homologación de sus títulos. Los propios facultativos del Sergas denunciaron que Sanidade lo estaba llevando a cabo de forma irregular, permitiéndoles trabajar con una especie de acreditación profesional mientras que el proceso de homologación no finalice, pudiéndose retardar hasta los 5 años. Entendemos que es una insensatez por parte de la Consellería al no tener en cuenta los criterios de formación.

Por estas razones, de igual modo, **la atención primaria ha sufrido un evidente descalabro**. Partamos de la base que Galicia es una comunidad muy dispersa y heterogénea, grandilocuente en aldeas, donde habitan muchos ancianos solos. No hay nadie que reclame por ellos. La teleasistencia domiciliaria está fallando, por la **copiosa falta de médicos de familia**. La brecha salarial entre **médicos rurales** se está disparando y **Galicia junto a Andalucía se encuentra a la cola en retribuciones**. Farjas se ha pasado todo el año persistiendo la nulidad de fondos del SERGAS, también para afrontar la contratación de personal en primaria, donde sus médicos han atendido una media diaria de 40 pacientes, incluso 45, en comarcas como la Costa da Morte. Gran parte de los centros de salud de esta última no reúnen el mínimo necesario para ofrecer una buena atención. En los consultorios de Caión, Nantón, Buño, Agualada, Cee o Fisterra se puede palpar la falta de espacio, la humedad, la accesibilidad, etc. En otros centros de salud, como los de Vigo, sus médicos de cabecera han llegado al cenit con 1.500 pacientes en cartilla, eso sin hablar del galimatías acontecido los meses vacacionales al no estipular sustitutos. Obviamente la saturación se debe a la inobservancia del **‘Plan de Mellora de Atención Primaria 2007-2011’**. Afortunadamente en Noviembre, la Consellería ha dado marcha atrás y ha anunciado que reorientará el plan de primaria. Ojala la redefinición de tareas, los nuevos sistemas organizativos y los cambios estructurales, supongan la mejora que todos esperamos.

Por consiguiente, la falta de recursos anterior, argumenta el **desbordamiento que sufren los servicios de Urgencias**, que han sido espectadores de lujo de dantescas situaciones, en las que los pacientes han sido muy pacientes, valga la redundancia. El CHOU, ante la dificultad de ingresar pacientes, se vio obligado a utilizar todos los espacios disponibles. En el Xeral-Calde de Lugo, en Mayo, las hijas de un paciente abandonado varias horas en un box, en vista de su agravamiento se encerraron en la oficina de Atención al Paciente, para reclamar la realización un TAC. Colapsos de hasta 70 pacientes en el CHUAC esperando cama, con algunos enfermos permaneciendo 48 horas antes de subir a planta. En el Hospital da Costa (Burela), esperas de 6 horas para atención durante la época veraniega al no haber refuerzos. Ahora bien, **el hospital más deficiente es su servicio de Urgencias es el vetusto Xeral de Vigo**. Aquí los pacientes esperan medias de 8 horas, a veces los enfermos pendientes de ingreso aguardan 24 horas en una camilla, falta de recursos, escasez de espacio, ventilación nula, ante el atasco se tuvo que derivar pacientes al Meixoeiro y al Cíes, etc, etc, etc. Con este panorama, lo más normal es que las negligencias campen a sus anchas.

Cabría agregar además otros temas puntuales. La **tensa huelga de los trabajadores del Hospital Povisa**, que desencadenó altercados con la policía, aunque felizmente a los pocos días se firmó un acuerdo del convenio colectivo con una subida salarial. El caso de Zulmira G., vecina de Moaña, que nos denunció que llevaba ya **11 años con un tornillo en el tobillo por una presunta negligencia** ocurrida precisamente en Povisa donde la intervinieron en 1998. La muerte de José Ramón T. P.,

a los 33 años de edad, por gripe A, provocó en su familia la sospecha de que se actuó de forma negligente, ya que desde que acudió al ambulatorio de Boiro e ingresó en el CHUS, tras haber permanecido con anterioridad varios días en el Comarcal de Barbanza, en total se le diagnosticó la afección con 7 días de retraso. Lo ocurrido con los padres de Moisés, un niño de 9 años con obesidad mórbida, a los que la Fiscalía de Ourense interpuso una querrela por negarse a entregarlo a las autoridades para internarlo en un centro de menores, una medida desproporcionada, pues lo correcto sería darles la oportunidad de mantener a su hijo con ellos, bajo el control de un tratamiento médico que proteja su bienestar y su salud.

Apuntemos también que los hospitales gallegos son los más infames de España a la hora de entregar las Historias Clínicas a sus pacientes, así **el CHUAC es el que más desprotege a sus usuarios**. Dicho hospital se ha convertido con su equipo de Atención al Paciente en una verdadera pesadilla, ya que las Historias Clínicas se entregan incompletas, informes sin firmas, hojas sin identificar al equipo médico, no se entregan analíticas, hojas de enfermería, hojas de evolución médica, etc. Con esta actitud, se han convertido en el Hospital peor gestionado de Galicia en el Servicio de Atención al Paciente, en lo referido al acceso a la documentación clínica. Por esta razón, acumula varias denuncias en Fiscalía, Juzgados, Inspección Médica, etc. En este sentido, en Julio, la Agencia Española de Protección de Datos, sancionó al Arquitecto Marcide de Ferrol por entregar incompleto el historial a la familia de una fallecida.

Para terminar, abordaremos un par de incisos en materia de Justicia. El primero sobre un auto del Tribunal Supremo que ordenó trasladar a los Juzgados de Santiago 400 recursos de responsabilidad patrimonial contra el Sergas, lo que supone un **grave trastorno para los demandantes**, ya que como mínimo han de contratar un nuevo procurador, algo totalmente injusto. El segundo es referente al **caso omiso que Sanidade hace a los dictámenes del Consello Consultivo**, incrementando la litigiosidad por negligencias médicas, hasta un 25% más de la que habría si le hicieran caso al alto órgano consultor de la Administración, pues para eso está, no para hacerle caso cuando únicamente les conviene y favorece.

## **7. PAÍS VASCO (613 Casos).**

- Vizcaya 337
- Guipúzcoa 180
- Álava 96

### **- Hospitales más denunciados:**

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

### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

- 1º Traumatología
- 2º Ginecología y obstetricia

- 3º Urgencias
- 4º Cirugía general
- 5º Oncología

El reciente cambio político en la Administración Autónoma Vasca ha supuesto, cuando menos y no es poco, el desalojo en la Consejería de Sanidad de Gabriel Inclán, cuya gestión había sido unánimemente criticada desde todos los sectores, pues para colmo ha dejado abierto un escándalo especialmente grave: el conocido como “**caso Margüello**”, en el que, como han publicado los medios hasta la saciedad, el Director de Calidad del Hospital de Cruces, el mayor hospital del País Vasco, resultaba ser, además de amigo confeso del ex Consejero, socio y administrador de varias empresas privadas de servicios sanitarios a las que OSAKIDETZA derivaba innumerables actos médicos y cuyos emolumentos crecieron de modo exponencial en los últimos años del mandato de Inclán. Ojo al dato, **Euskadi es la tercera comunidad con mayor número de conciertos.**

En nuestra humilde opinión, este caso corre el riesgo de extraviarse entre “debates”, “comisiones” e “investigaciones”, a estas alturas estériles, y no alcanzamos a comprender (dicho sea con el máximo respeto al principio de presunción de inocencia) por qué causa, aún no ha sido puesto en conocimiento del Juzgado de Instrucción competente, único órgano capacitado para investigar sin limitación alguna el rastro, y el destino final, del dinero público detraído del sistema autonómico de salud.

Por otro lado, y sin prejuzgar en ningún sentido la gestión del nuevo equipo de la Consejería de Sanidad, dirigida por Rafael Bengoa, un independiente de larga experiencia acreditada en sistemas sanitarios públicos, sí ha de hacerse constar que **heredan un modelo sanitario necesitado de grandes inversiones económicas**, sobre el que, como hemos denunciado reiteradamente, nadie está dispuesto a abrir un debate riguroso, adquiriéndolo en el peor momento, en una época de grave crisis económica.

Desafortunadamente, en la línea que algunos vaticinaban, se han seguido produciendo colapsos del sistema en la fase de transición, esencialmente en el propio **Hospital de Cruces**, metido de lleno en obras, y que se ha visto involucrado en un **caos escandaloso de sus Urgencias por la falta de camas**. Si por esta razón, en los primeros meses del año, cuando Inclán todavía se encontraba en la poltrona, hubo de habilitarse una planta en el Hospital de Gorliz por la obligatoriedad de tener que retrasar intervenciones programadas, con Bengoa ya en el poder, y en el mes de Octubre, la aglomeración de enfermos en los pasillos ha seguido siendo un constante, con esperas de hasta 48 horas para ser trasladados a las habitaciones. Incluso nuestra Asociación tuvo que denunciar los hechos ante la Agencia de Protección de Datos, por la falta de privacidad en este servicio, de la mayoría de sus pacientes. Del mismo carácter, aunque con menor cota de incidencia, la situación se ha venido repitiendo en Txagorritxu, por las obras de la unidad de cuidados intensivos. A pesar de todo ello, Bengoa se ha mantenido en sus trece, y siempre ha negado la saturación, excusándose en tratarse de situaciones puntuales. No obstante esperemos que de este episodio se saquen las debidas conclusiones, pues no es tolerable que ante la falta de previsión, los ciudadanos queden en manos de la suerte.

Los nuevos responsables de OSAKIDETZA se han comprometido a racionalizar la importancia desorbitada que el conocimiento del Euskera tenía (puntuaba el triple que

un doctorado), en el acceso de los profesionales a los puestos del Sistema Vasco de Salud. Permaneceros expectantes, a ver si por fin se impone un mínimo de sentido común, lo que a buen seguro contribuirá a disminuir el éxodo de profesionales hacia otras comunidades como se ha venido produciendo en los últimos años y que ha alcanzado niveles indecorosos, sin que la anterior administración sanitaria autonómica hiciera nada por remediarlo. Por ello, en la actualidad la escasez de profesionales, en el País Vasco, se acentúa en pediatría, radiología, atención primaria y geriatría. Lo normal sería, que en breve se convoque una nueva oposición, con una oferta atractiva de empleo público, si se quiere estabilizar la plantilla con el laureado incremento de 3.800 profesionales que divulgó la nueva Consejería, antes de ganar las elecciones.

El Defensor del Paciente, seguirá muy directamente el cumplimiento de las promesas que se han realizado sobre un nuevo plan de salud mental, la ampliación del programa de salud dental hasta los 18 años, la instalación de desfibriladores automáticos en centros públicos y el desarrollo de programas de detección precoz de cáncer de colon y próstata.

En referencia al apartado de las **listas de espera**, figurar que mantienen un semblante similar al de 2.008. Son unos **15.500 pacientes los que permanecen en demora quirúrgica**, una cifra casi idéntica al año pasado, con una dilación media de 2 meses de espera, aunque en patologías como otorrinolaringología o neurocirugía, los 60 días se superan con creces. Aquí cabe destacar que el Hospital de Galdakao es en el que se producen las mayores esperas. Sin embargo, para pruebas diagnósticas, la lista de espera se ha reducido, hasta una media de 14 días y en número de pacientes también, con casi 7.000 menos. Contrariamente, para consulta con el especialista, los pacientes han aumentado en más de 10.000 pacientes, contabilizando un 87.000 más o menos. Duro trabajo le espera al gobierno de Bengoa, si pretende acercarse al anterior plan de reducción de demora, de Inclán, que fijaba que ningún ciudadano esperase más de 30 días, puesto que en la actualidad hay enfermos de cáncer de próstata que soportan esperas de 4 meses hasta que son operados.

Yéndonos por otros derroteros, hemos de manifestar nuestra estupefacción por el hecho insólito de que el Servicio de Ginecología y Obstetricia del **Hospital de Basurto**, haya recibido recientemente el Premio “Best in Class” que otorga la ‘Editorial Contenidos e Información de Salud’, y que pretendidamente premia la calidad asistencial de un Servicio que, sin querer incurrir en excesos, ha sido reiteradamente condenado en procedimientos de índole contencioso-administrativa e incluso de índole penal, por negligencia y vulneración de la lex artis. No alcanzamos a explicarnos, lo que en nuestra humilde opinión, es un despropósito y una ofensa gratuita a los numerosos ciudadanos que han sufrido episodios contrastados de mala praxis por parte de este servicio.

Tampoco queremos pasar por alto un par de cuestiones, que remitimos a la Fiscalía de Bizkaia solicitando una apertura de investigación. Por un lado el supuesto mal trato en el Hospital de Galdakao, del que fue víctima Celeste G. A., que tras sufrir un aborto, en Junio, se sintió “amenazada” y “coaccionada” por la Dirección del centro. Así nos lo pormenorizaba en su escrito: ***“Creo que la forma de proceder de estas sanitarias es incorrecta, ya que si una paciente está nerviosa y con una carga emocional muy fuerte como era mi caso, lo lógico es que la enfermera y la auxiliar avisen a un médico y éste tome medidas, sin echar más leña al fuego y recriminar a***

*su acompañante. Con todo esto me dan el alta y estoy intentando sobreponerme a la pérdida cuando hoy recibo una carta del Hospital (que adjunto) recriminándome y amenazando de que si se vuelve a repetir tomarán medidas legales contra mí.”* Por otra parte, a finales de Noviembre, también instamos a la Fiscalía por un presunto brote bacteriano en el Hospital de San Eloy para determinar el número de personas afectadas y la dimensión del problema, a raíz de la denuncia de la nieta de una paciente: *“Mi abuela tiene 84 años y se llama Eloisa B. S. M.. Hace unos meses sufrió una caída y se rompió la cadera. La ingresamos en el San Eloy, en Barakaldo, donde la operaron. Allí la tuvieron 11 días sin levantar porque pesa más de 100 kilos y decían que no tenían medios para hacerlo, por lo que la trasladaron al Hospital de Gorniz donde se le empieza a infectar la herida y nos dicen que ha cogido un virus (sin contarnos nada más). La llevan de nuevo a San Eloy donde la operan el 15 de Octubre, y allí nos enteramos de que hay más casos de personas operadas en la misma fecha y de lesiones parecidas (3 al menos) con el virus que tienen que volver a ser operadas”.*

Como anécdota, para restar un poco de hierro a todo este conglomerado de malas noticias, aludiremos a un caso que no ocurre todos los días, y que en Julio, se produjo en Urgencias de Cruces, cuando **una chica tuvo que ser atendida para extraerle una bolsa de pipas de sus partes íntimas**, que junto a su pareja, había utilizado a modo de anticonceptivo. Ciertamente como la vida misma, aunque el hecho es más propio de un guión de los monólogos del ‘Club de la Comedia’, si nos ponemos en la piel de la afectada cuando tuvo que entrar en detalles con el personal sanitario.

Ultimando, hemos de repetir un año más que OSAKIDETZA mantiene su voluntad de no resolver expresamente la inmensa mayoría de las Reclamaciones por Responsabilidad Patrimonial que formulan los pacientes que han sufrido daños derivados de una mala praxis médica. Ello implica un flagrante incumplimiento de la legalidad vigente y una actitud de abierto desprecio hacia los ciudadanos vascos que sufragamos con sus impuestos el coste del servicio y que, cuando sufren un acto de mala práctica, se sienten víctimas, por partida doble, al ser obligados a iniciar largos procesos judiciales porque su administración sanitaria ni siquiera se molesta en contestarles.

## **8. MURCIA (502 Casos).**

### **- Hospitales más denunciados:**

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

### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

La **sanidad pública murciana está en quiebra**, mientras que las privatizaciones de muchos de sus servicios se encuentran en pleno auge. Si ya en 2008 se hacía preocupante el **déficit millonario del Servicio Murciano de Salud**, este año la situación se ha convertido en insostenible, ya que éste ha crecido en un 21%. Como principal causa de la gran deuda existente se encuentra un presupuesto insuficiente y una mala gestión: el Servicio Murciano de Salud gastó el año pasado 1.824 millones de euros, pese a que el presupuesto previsto era de 1.596. El informe de gestión de las Cuentas Anuales habla abiertamente de “las tensiones de liquidez” y de que “las aportaciones realizadas” por la Comunidad Autónoma: *“se muestran insuficientes para cubrir en tiempo y forma las obligaciones contraídas, por lo que la entidad estudia fórmulas de financiación alternativas o reducciones de costes”*. La partida de personal alcanza los 939 millones de euros, prácticamente la mitad de los gastos totales del SMS. Este capítulo ha engordado especialmente fruto del acuerdo entre Comunidad y sindicatos para implantar la jornada laboral de 35 horas semanales, que obligó a contratar a 700 profesionales más. A eso hay que sumar la decisión del Gobierno central de conceder trienios a todos los trabajadores públicos, independientemente de si son o no funcionarios. Además, la Consejería ha puesto en marcha un sistema de carrera profesional que mejora las nóminas de los sanitarios. El gasto farmacéutico también sigue creciendo. En el 2008, las recetas se llevaron 421 millones de euros de las arcas públicas. Son 37 millones más que el año anterior, lo que representa un incremento de casi el 10%.

Las Cuentas Anuales también reflejan los sueldos de los altos cargos del SMS. Así, el director gerente, cobró 72.384 euros. Los otros tres directores generales de la entidad cobraron en total 181.837 euros. En Septiembre de 2009 los datos eran los siguientes: **506 millones de euros de déficit contable**, 87 millones es lo que creció el déficit en el 2008, 370 millones de deuda con los proveedores, 421 millones de gasto en recetas farmacéuticas, 389 millones de gasto en material y tecnología, 939 millones de gasto en personal, 103 millones de gasto en luz, gas y servicios.

Por ello, desde Agosto, el organismo público sólo paga el 80% de la factura mensual a las farmacias, mientras que el 20% restante quedará a deber y se pagará en Enero, cuando el SMS haya estrenado nuevo ejercicio. También dejará de pagar a los hospitales y centros concertados que atienden a los pacientes derivados de la Sanidad Pública. A estos problemas se une el de la **falta de liquidez prácticamente mensual**. Se ha tenido que recurrir en ocasiones a alguna importante empresa regional para que adelante el dinero de las nóminas de los trabajadores. En el año 2009, se calcula que el déficit presupuestario aumentará en unos 180 ó 200 millones de euros más.

Como medida principal contra la crisis la Consejería de Sanidad lleva meses anunciando la implantación de un nuevo modelo de gestión para el nuevo hospital de Cartagena, el del Mar Menor y el Materno Infantil de la Arrixaca, y también para otros servicios sociales y socio-sanitarios, como centros de educación especial o residencias para personas mayores y la subcontratación de servicios esenciales.

El **nuevo modelo**, en la línea privatizadora de otras comunidades autónomas, consiste en que sea una empresa mercantil, Giscarmsa, y no el Servicio Murciano de Salud, quien gestione en los nuevos hospitales los servicios de lavandería, telefonía, seguridad, mantenimiento, recepción, cocinas, esterilización, por lo que peligran los puestos de trabajo de lavanderas, planchadoras, mecánicos, calefactores y resto de



personal de servicios, telefonistas... Todos salvo, por ahora, facultativos y enfermería. No se descarta que posteriormente en el resto de hospitales también se externalicen estos servicios.

El Gobierno regional justifica su plan como medio para reducir el exceso de gasto público. Pero no hay ninguna garantía de que el nuevo modelo reduzca de forma significativa gastos, como por ejemplo, prueban los resultados de las privatizaciones sanitarias del Ejecutivo de Esperanza Aguirre en la Comunidad de Madrid, que, sin embargo, ya han contribuido a un deterioro importante en la calidad de los servicios que reciben los pacientes.

Además las operaciones financieras que se han propuesto para no suspender pagos, implica que entidades bancarias se harían cargo de la deuda y pagarían a proveedores previo pago de una cuota por el servicio. Es decir, **la Administración pagaría más dinero por la gestión de la deuda, atrasaría ésta e hipotecaría los futuros presupuestos.**

Por otro lado **las listas de espera, rodeadas de un nocivo oscurantismo, siguen sin subsanarse**, con un denominador común, las **agendas cerradas**. De forma deleznable, el SMS no facilita cifras concisas y transparentes, por lo que la lectura que se puede sacar es sencilla, no interesa que se sepan. Llama la atención datos como que el Rosell cierre las citas en cirugía para cuadrar las vacaciones de los médicos, que los niños diabéticos soporten listas de espera espectaculares, de hasta 6 ó incluso 9 meses, para ser atendidos por los endocrinos pediatras de La Arrixaca; en cuanto al resto de los pacientes tienen que esperar hasta 6 meses para poder ser atendidos por médicos especialistas en determinadas áreas. Para solucionar el problema Sanidad dice que implantará un sistema de puntos para los pacientes en lista de espera, falta ver el grado de solución.

Resultan asimismo alarmantes todos los problemas que se han dado en el **hospital Santa M<sup>a</sup> del Rosell**, de Cartagena. Ejemplo de ello, son **hechos tan demenciales** como que el ex jefe de digestivo del Rosell ha denunciado que dos especialistas abandonan a menudo el hospital y pasan consultas particulares, y por su parte, el Ministerio Público, ha recibido documentación sobre el presunto desvío de pacientes por parte de cuatro médicos y un ex facultativo de radiología del citado centro hospitalario a una clínica de la que son propietarios, además de que la Fiscalía ha investigado una supuesta cábala de lucro por el falseo de partes de horas extra. Que cada uno saque sus conclusiones. Ahora bien, sus **servicios de Urgencias** se han seguido mostrando **calamitosos**, y ya no sólo por el colapso de enfermos apilados en los pasillos, esperando subir a planta, sino también por su insalubridad, sobre todo a finales de Enero y comienzos de Febrero, hasta tal punto que su gerente tuvo que disculparse públicamente.

Otras muestras de las carencias sanitarias son: el cierre de consultas en verano para no tener que contratar sustitutos; que los médicos de familia de Murcia no se fían de los diagnósticos de problemas mentales, que sea el mismo SMS el que admita que se están cometiendo fallos y se excuse diciendo que son mínimos; que El Defensor del Paciente haya exigido a Sanidad que atienda las quejas de los usuarios del centro médico Lorca-Centro y la adopción de medidas para solventar las deficiencias gravísimas de las Urgencias del Santa M<sup>a</sup> del Rosell; etc.

Algo llamativo que hemos de resaltar es el lamentable estado en el que se encuentra el **Hospital Los Arcos** en San Javier. Con la evasiva de que en breve va a ser sustituido por un nuevo hospital que está en construcción, la situación ha llegado a un grado de deterioro, falta de higiene y salubridad grave. Lo que se denuncia es bien conocido y sufrido por los mismos facultativos. El Defensor del Paciente ha presentado varias reclamaciones en las que se prueba documentalmente con fotografías: goteras, humedades, abundante presencia de cucarachas, etc.

En otro conjunto podemos abarcar, los casos más llamativos, del **tropel de presuntas negligencias** que este año hemos recibido de la región murciana:

- Olvido de pinzas quirúrgicas de 15 centímetros, en el abdomen de Asunción G. A., de 68 años de edad, en Mayo y en el Morales Meseguer, durante una intervención de colon. Su sobrino, Miguel Ángel, no daba crédito: *“El 31 de Julio ingresó en Urgencias pues su estado empeoró (vómitos, dolores, náuseas, etc.). Tras distintas pruebas médicas se descubre en la parte abdominal unas ¡PINZAS QUIRÚRGICAS! de unos 15 centímetros de longitud, aproximadamente”*.

- A principio de año, Fernando S. A., a los 58 años de edad, sucumbió como consecuencia de un tromboembolismo pulmonar, tras cirugía en el Rosell, por olvidar ponerle un anticoagulante. En el relato que su hermano nos remitió y que dimos traslado a la Fiscalía, para el inicio de una investigación, aseveraba que: *“...el cirujano nos dijo que le habían aplicado heparina como a todos, cosa que no es cierta, porque tenemos en nuestro poder el historial y no figura prescripción alguna de anticoagulantes”*.

- La paciente Rosa A. R., de 56 años de edad, en Julio, fue víctima de una mala praxis en el hospital Los Arcos, ya que le fue practicada una endoscopia sin anestesia, sufriendo una hemorragia y teniendo que ser derivada a la UCI sin que el centro dispusiera de sangre para transfundirla. Una de sus familiares, enojada, nos hacía su valoración: *“Consideramos que han existido varios errores graves: 1º Intervención de extirpación de pólipo sin los medios ni el profesional adecuado. 2º No tener sangre preparada ya que una hemorragia entra dentro de las posibilidades después de esta intervención. 3º El tiempo en que tardó la sangre en llegar, concretamente 5 horas.”*

- María M. M., de 25 años, acudió a su médico de cabecera del centro de salud de Cabezo de Torres (Murcia), en Abril de 2009, para que le prescribiera medicación como anticonceptivo y por error le receta unas pastillas incorrectas, hasta que quedó embarazada. Así de sorprendida se mostraba: *“Me recetó Duofemme como anticonceptivo, y a los 2 meses de tomarlas, noté dolor en las mamas, la barriga algo hinchada y la regla no me bajaba. Intranquila acudí a un ginecólogo privado, el cual, me informó que lo que me había recetado era un tratamiento hormonal para mujeres post-menopáusicas. Me hizo un ecografía y descubrimos que estaba embarazada de 6 semanas”*.

- La enferma J. R. R., fue intervenida hasta en 8 ocasiones por infección tras implante de prótesis en la rodilla, con riesgo de amputación de la pierna, en el mes de Octubre y en el Hospital Los Arcos.

- Niña de dos años, L. A. C. P., muere en Agosto, de neumonía inadvertida, a pesar de que sus padres la llevaron hasta 7 veces a urgencias de los centros de salud de Barrio de El Carmen y La Flota, en Murcia, sin que ni siquiera decidieran que debía ser ingresada.

De distinta naturaleza podemos calificar otros asuntos: el homicidio de una doctora ocasionado por un taxista que la emprendió a tiros, además de herir a un

conductor de ambulancia, en el consultorio de Moratalla (Murcia), y que se presupone que fue debido a su descontento en la asistencia recibida por el problema asmático que sufría; a Dolores S. M., fallecida en Diciembre de 1.999, el centro de salud de Puente Tocinos le dio cita para Mayo de este año y le remitió su “nueva” tarjeta sanitaria, es decir, 10 años después de morir, sus hijas no daban pábulo; la red de unos 20 individuos que ejercían la **odontología sin título y de manera clandestina en Murcia**, en domicilios particulares y locutorios sin unas mínimas garantías y con tan mobiliario estrafalario como **hamacas de playa**.

## **9. CASTILLA-LA MANCHA (499 Casos).**

- Toledo 207
- Ciudad Real 142
- Albacete 68
- Guadalajara 57
- Cuenca 25

### **- 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. General Virgen de la Luz

### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

Época de estancamiento y sinsabores en la sanidad de Castilla-La Mancha, que ya es un logro comparándolo con el resto de comunidades. Rompemos una lanza a su favor, ya que **por segundo año consecutivo desciende en el número de quejas recibidas por presuntas negligencias médicas**.

De antemano y a estas alturas, creemos que es incuestionable que no nos casamos con nadie, por lo que previamente a la disertación de los problemas que hemos observado, debemos ser ecuanímenes y enardecer la figura del Consejero de Salud, **Fernando Lamata. Con diferencia, es el mejor de todos los Consejeros de Salud del SNS**. Es digno de alabar que como persona dialogante y exquisitez en las formas, no nos vea como al “enemigo”, y se haya preocupado de contactar con nosotros, para mantener una entrevista con el propósito de trabajar en el análisis de las distintas situaciones que se dan en la atención sanitaria, y de este modo recoger el testigo, de cara a la elaboración del Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020. El contraste principal, con el resto de sus homónimos (Güemes, Montero, Geli, Roldós, etc.), es que en lugar de enfervorizarse como hacen la mayoría por lo “bien que funcionan” sus Servicios de

Salud, sabe reconocer que en el sistema pueden existir fallos o deficiencias, aceptar críticas si son razonadas y conversar sobre la manera de encontrar soluciones.

Entrando en materia, el SESCAM a lo largo del año, con una labor de marketing loable, nos ha deleitado con titulares variopintos y otros menesteres preponderantes, a bombo y platillo: *“Toledo contará con el Hospital Público mayor de Europa”, “Castilla-La Mancha aboga por internacionalizar la salud como un derecho humano de todos los pueblos”, “Castilla-La Mancha diseñará su sistema sanitario con el Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020 para ser un referente en Europa”, “Castilla-La Mancha anuncia una Ley de Derechos y Deberes para las personas en relación a la salud”, “Castilla-La Mancha contará con un Centro de Excelencia en Imagen Médica Digital”, “Castilla-La Mancha creará una unidad de Investigación Traslacional en el Hospital de Ciudad Real”, “Castilla-La Mancha financia la obtención del carné de conducir a los parapléjicos de Toledo”, “Castilla-La Mancha impulsará la investigación y divulgación científica en salud mental”, “Castilla-La Mancha ha incorporado 900 nuevos médicos en los dos últimos años”,* y así un largo etcétera.

Hay que reconocer que los mandatarios sanitarios de Castilla-La Mancha saben vender muy bien la calidad de su Sanidad, a través de indagaciones sobre el grado de satisfacción de sus ciudadanos y de continuos proyectos. Desde nuestro punto de vista, **estas encuestas levantan sospechas**, no sólo hacia el SESCAM, sino hacia el resto de Consejerías que hacen lo mismo, como la de Madrid con un disfraz afín. No en balde, la media que se suele obtener sobre el nivel de complacencia, persistentemente se sitúa entre el “7” y el “8”. Qué curioso que estas pesquisas siempre arrojen resultados de notable alto. De hecho, 8 de cada 10 castellano-manchegos, se encuentran satisfechos con la asistencia sanitaria pública de la región, según el estudio realizado por diferentes empresas coordinadas por Fiscam (Fundación para la Investigación de Castilla-La Mancha). La lectura que hacemos al respecto es que el SESCAM, de vez en cuando, peca al abusar de la burocracia y la propaganda, dejando a un lado la planificación de variables como el crecimiento, la dispersión y el envejecimiento de su población. Luego no es oro todo lo que reluce. Consecuentemente no nos las creemos.

No cabe la menor duda del esfuerzo y de la tarea encomiable que está desempeñando la Consejería de Salud y Bienestar Social, a base de eslóganes que en efecto suenan a música paradisíaca, pero muchos todavía son una incógnita, aunque otros son sobresalientes, como es la informatización de la historia clínica, a la que se puede tener acceso desde cualquier centro. Sin embargo, volviendo a lo anterior, el sentido común del castellano manchego, le dicta que antes de vivir en una comunidad que pretende ser la panacea del continente europeo, por delante, y de forma preferencial, priman otro tipo de intereses por zurcir en la calidad asistencial que recibe por parte del SESCAM, como mejorar el trato humano en la prestación de los servicios socio-sanitarios.

**El talón de Aquiles de la sanidad en Castilla-La Mancha es la falta de medios humanos y materiales.** No existen unidades de ictus o de dolor. No hay suficiente número de médicos especialistas. **Castilla-La Mancha es la comunidad que menos médicos tiene por habitante de España**, alrededor de 3’5 por cada 1.000 habitantes. El déficit en toda la región se acerca a los 450 facultativos en la actualidad. El Complejo Hospitalario de Albacete es el centro que más acusa esta privación. La ineficacia en la gestión de nuevos hospitales como Tomelloso, Villarrobledo o Almansa,

a causa de no poder poner en práctica su cartera de servicios por la falta de especialistas, es merecedora de resaltar en el aspecto negativo. Por eso, es una incongruencia facinerosa, glorificar el Hospital de Toledo como la mayor obra hospitalaria en Europa, cuando hay una falta de médicos reconocida desde diversos organismos, como la propia Consejería y colectivos sanitarios. Por lo tanto **apremia la creación de un plan de recursos humanos** que dote de patrimonio a Castilla-La Mancha, para dar cobertura a todo tipo de especialidades, dejando a un lado la precariedad laboral que, en estos momentos, muchos profesionales soportan por no contar con un trabajo estable por culpa de los contratos de interinidad que abundan en el SESCAM, así como la falta pública de ofertas de empleo, tanto para médicos, enfermeras, celadores, etc. Así podemos consumir, que los especialistas que menos exceden dentro de la comunidad, por este precepto son: **pediatras, cirujanos pediátricos, anestesiólogos, radiólogos, ginecólogos, oftalmólogos y psiquiatras.**

Para dar cálculo de la necesidad en cartera de servicios sanitarios, la falta de cirujanos pediátricos en el Complejo Hospitalario de Toledo obligó a que los niños se tuvieran que desplazar a Madrid, en verano, para ser atendidos. **En el Hospital Universitario de Guadalajara no hay neurocirugía** y los pacientes que precisan este servicio se les deriva también a la capital. Castilla-La Mancha tampoco disfruta en la pública de **logopedas** para facilitar tratamientos de rehabilitación a pacientes que, por ejemplo, sufren una hemiplejía derivada de un derrame cerebral, y en la privada este proceso puede suponer un montante mínimo de 2.000 euros, tal y como nos denunció el esposo de Rosario G. C., paciente que en Septiembre, se encontraba en semejante coyuntura en el Hospital General de Ciudad Real. Los conquenses por la **ausencia de varias especialidades de cirugía en el Hospital Virgen de la Luz**, no pueden ser intervenidos quirúrgicamente en las áreas cardíaca, pediátrica, refractiva, torácica y plástica y reparadora. A colación de esto último, los servicios jurídicos de El Defensor del Paciente, hace unos 3 años, tramitaron una demanda contra el SESCAM, por la muerte de Julián E. S., de 35 años de edad, por un hematoma epidural, que aunque fue detectado, por la falta de neurocirujano en el Virgen de la Luz fue trasladado en helicóptero a Albacete, con un retardo de 7 horas para operarle, por lo que cuando llegó lo hizo ya en parada cerebral. El Perito Judicial nombrado por el Juzgado avaló la reclamación interpuesta, confirmando la mala organización sanitaria, la actuación extremadamente lenta y la falta de previsión y coordinación con este enfermo. En Mayo de este año el SESCAM asumió el error, y sin querer continuar la vía judicial indemnizó a los padres con 120.000 Euros. En definitiva, no se trata de que el SESCAM abone una cuantía económica y ya está, sino que aúne esfuerzos y fomente los mimbres oportunos, porque sin en los últimos dos años Castilla-La Mancha ha contratado 900 médicos, por cautela, hechos de este tipo podrían ser evitables.

Una de las razones del padecimiento incesante de la falta de especialistas se origina porque **la región es “poco atrayente”** y como decimos no se cuida a sus profesionales. Es ilógico que se saquen las oposiciones un mes antes de que los médicos finalicen su formación, por lo que **la primera promoción de MIR no pudo presentarse teniendo que hacerlo en otras comunidades.** Es decir, por falta de previsión, se les forma y luego no se les da una mínima oportunidad. Por el contrario, con mayor asiduidad **se contratan médicos extranjeros con el título sin homologar**, o lo que es lo mismo, 2 de cada 10 médicos que trabajan en Castilla-La Mancha no tienen en regla su especialidad. Pero esta opción, puntualmente puede rozar la ilegalidad. Verbigracia: la investigación de oficio que en Septiembre solicitamos al Fiscal Jefe de

la Audiencia Provincial de Toledo, en relación a las presuntas irregularidades cometidas en la contratación de personal facultativo en el Hospital Virgen de la Salud, concretamente un médico argentino que según el Colegio de Médicos estaría ejerciendo la especialidad de neurocirugía, teniendo únicamente convalidado el título de medicina general. De momento no hemos recibido respuesta de la Fiscalía. Aquí incluso, convendría que el Ministerio de Sanidad revisase todas las homologaciones de títulos extranjeros, y no vernos apocados a implorar a las Fiscalías.

En otros casos, como en el Hospital de Tomelloso, se han contratado especialistas polacos, que muestran enormes dificultades para hablar el castellano, por lo que la comunicación con los pacientes es burda. Por consiguiente, es la hora de trabajar en criterios para agilizar la homologación con garantías máximas.

La desacertada gestión de los recursos humanos, también se ha venido reflejando en la **Atención Primaria, con consultorios masificados y sobresaturados**, en los que los profesionales, en no más de 5 minutos, atienden regularmente entre 60 y 70 pacientes diarios sin embargo simultáneamente, se construyen nuevos centros de salud con muchos cuartos de baño pero luego carecen de pulsómetros o rayos X. Estas deficiencias, no nos las sacamos de la manga, puesto que en Mayo dos centenares de médicos de familia de la región se reunieron en el X Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, donde reivindicaron más tiempo de atención al paciente, más recursos para diagnóstico y mayor coordinación con las redes hospitalarias. A colación, el Gobierno de Castilla-La Mancha ha recogido el testigo, y en Octubre, anunció la **creación de 40 nuevos centros sanitarios de Atención Primaria**, en base a un presupuesto de 1.500 millones de euros. Por provincias, el reparto se distribuirá sobre el beneficio de unos 280.000 ciudadanos, a modo de: 9 centros de salud y 1 consultorio local en Toledo (Añover de Tajo, Bargas, Calera y Chozas, Cobisa, Consuegra, El Casar de Escalona, La Pueblanueva, Miguel Esteban, Santa Olalla y Seseña), 8 centros de salud y 2 consultorios locales en Albacete (Bonete, La Gineta, Madrigueras, Ontur, Ossa de Montiel, Pozo Cañada, Socovos, Villarrobledo y 2 en la capital), 9 centros de salud en Ciudad Real (Abenójar, Agudo, Alcoba, Almodóvar, Argamasilla de Calatrava, Ciudad Real, Fuencaliente, Retuerta y Santa Cruz de Mudela), 6 centros de salud en Cuenca (Campillo de Altobuey, Cañaveras, Carboneras de Guadazaón, Ledaña, Villas de Ventosa y Priego) y otros 5 en Guadalajara (Cabanillas del Campo, Cifuentes, Guadalajara, Yebes y Yunquera de Henares). La **apuesta es colosal**, pero ahora está por ver el tiempo de ejecución y el grado de dotación e implantación de nuevas tecnologías que se dará a estos centros de zonas rurales, la mayoría. Hay tiempo para maniobrar y reconducir la situación.

Las listas de espera quirúrgica y de pruebas diagnósticas han descendido con respecto al año anterior, pero **para consultas externas ha aumentado**, datos corroborados por la Consejería de Sanidad. Si el año anterior aproximadamente, en relación a nuestras informaciones calculábamos que había alrededor de 17.000 pacientes, en estos momentos puede haber unas **14.000 personas esperando una intervención** en Castilla-La Mancha, siendo la demora media de unos 45 días. Aunque como el resto de comunidades, y el SESCOG no es una salvedad, maquilla las cifras, como a continuación daremos muestra con algún ejemplo. La Ley de Garantías se incumple sistemáticamente porque cuando un paciente firma entrar en la lista de demora quirúrgica, al mismo tiempo, está renunciando a esta lista de espera. Si el paciente no acepta ir a centros concertados, automáticamente se le excluye. Según esta Ley el

tiempo máximo para consulta es de 15 días y el máximo para diagnóstico 7, no obstante en algunas provincias no se cumple. Los albacetenses para consulta con el traumatólogo, otorrinolaringólogo o reumatólogo sufren demoras entre 30 y 40 días; en el caso de neurocirugía los retrasos llegan a 6 meses. En pruebas diagnósticas, la que más retraso tiene, con diferencia, son las resonancias magnéticas. Como constatación, pondremos de relieve el caso de Mabel C. P., una niña de 1 año de edad, con hemiparesia derecha por sufrimiento fetal, y que necesitaba una resonancia magnética urgente por prescripción de su pediatra y que habían de realizarle en el Complejo Hospitalario de Toledo. Se solicitó, pero no le daban cita para la práctica de la misma hasta Diciembre. Su madre se mostraba así de sorprendida: ***“Hemos acudido al Virgen de la Salud para ver por qué tardaban tanto en llamarla y en el mostrador nos indican verbalmente que como la tienen que anestesiar y sólo hay una anestesista hay lista de espera para casi un año.”*** Explicación contundente: **la falta de especialistas conlleva el aumento de las lista de espera.** Afortunadamente en este caso, hicimos una reclamación al Sr. Lamata y apelando a la cordura, sin estridencias, la niña fue citada a la máxima brevedad.

Lo que no debería permitirse son las dilaciones en pacientes con patologías cancerígenas. A finales de Noviembre, se dirigió a nosotros muy preocupada, M<sup>a</sup> Isabel C. V., desde Talavera de la Reina, puesto que tras un estudio del ‘Programa de Detección Precoz del Cáncer’ en Castilla-La Mancha le había sido diagnosticado un nódulo maligno en una de sus mamas, pero hasta mediados de Enero de 2010 no tenía cita para la práctica de una ecografía. Entendemos que la lista de espera en este caso debería ser cero.

Los servicios de Urgencias, al igual que los del resto de España, en determinados momentos se han seguido colapsando. No en vano, la comunidad también es deficitaria en camas, 2,7 por cada 1.000 habitantes. **Las Urgencias de los hospitales del Complejo de Toledo han sido las más perjudicadas**, con una espera media de 4 horas. Las del Virgen del Prado se han visto desbordadas de forma gradual, por el concierto que Castilla-La Mancha firmó con Castilla y León, para dar apoyo en la atención de los 35.000 habitantes del Valle del Tiétar, que si ya supone un incremento del 20% más de la población a la que se atendía, al ser una zona turística, en época vacacional fue un verdadero follón. Este hospital está siendo objeto de una tremenda presión asistencial, ya que lo pactado con la comunidad comunera se ha llevado a cabo sin ver las necesidades de personal, material e instalaciones. En la misma línea, las Urgencias del Virgen de la Salud y otros de sus servicios, como cardiología, adolecen de enormes deficiencias asistenciales y asepsia, tal cual también le transmitimos, a través de un escrito, a Fernando Lamata, allá por el mes de Julio, instándole a la adopción de medidas, tras la queja que recibimos de María José V. R., que tenía a su padre ingresado, precisamente en la unidad de cardiología. Su testimonio es bastante ilustrativo: ***“Me he quedado de piedra al ver como en 2009 hay un hospital que parece de la época de guerra. Se encuentra masificado, hay 3 pacientes en habitaciones preparadas para 2. Los enfermos no tienen espacio para levantarse de la cama y comer. No hay intimidad, los enfermos de un pasillo comparten una ducha en un aseo donde guardan el carro de la limpieza con el agua sucia. No quiero ni pensar cómo se pueden encontrar los quirófanos. El hospital es antiguo, pero el mantenimiento que tiene es pésimo. Todo está roto, apenas hay papeleras y los enfermos se encuentran hacinados en unas condiciones vergonzosas, además de que***

***la atención del personal sanitario es horrible (no sé si por falta de personal o por el personal en sí). ¡¡Sin palabras!!”.***

Otro asunto que ha levantado ampollas ha sido el **desmantelamiento de los servicios públicos de lavandería** de los hospitales de Toledo, Guadalajara, Ciudad Real, Parapléjicos y Valdepeñas, que pasarán a ser de gestión privada, argumentando razones económicas por parte del SESCAM.

Además mostramos desdén y repulsa, por una serie de sucesos. El fatal desenlace de Enrique Marco, de 34 años de edad, que en Enero sufrió una rotura de peroné, y a las pocas horas de ser intervenido falleció por una parada cardiorrespiratoria, poniéndose de manifiesto, una vez más, la controversia del servicio de anestesiología del Hospital Santa Bárbara de Puertollano. Su mujer Victoria, de forma desgarradora, nos detallaba lo ocurrido a través de correo electrónico: ***“Pretendían que la madre de Enrique que gritaba <<le habéis matado, le habéis matado>> se callara, le dijeron que estaba alarmando a toda la gente que había fuera, querían que una persona que acaba de perder a un hijo se callara y no gritara su dolor. Además el parte de defunción está sin firmar porque ningún médico quiso hacerlo. A día de hoy no sabemos qué paso con él, no hemos recibido explicaciones ni informe ni nada de nada por parte del hospital”.*** De igual modo, en Julio, nos vimos en la disposición de tener que solicitar una investigación de oficio al Fiscal Jefe de Toledo, por el fallecimiento de Juan Manuel H. T., joven de 25 años de edad, por presunta negligencia médica al ser intubado de manera incorrecta, tras haber acudido a Urgencias del Virgen de la Salud por vómitos y malestar general. El trato deshumanizado en el Hospital General de Ciudad Real, del que fue víctima en Enero, Anastasia Q. D., de 78 años de edad, a la que tenían que someter a un TAC, pero la máquina estaba averiada, y la dejaron en una silla desatendida, semidesnuda y en estado de hipoglucemia según nos relató su familia.

Como último apunte, que nos entristece, hemos de reseñar que sabemos de buena tinta, que hay varios medios de comunicación y agencias de noticias de Castilla-La Mancha, a los que presuntamente se les coarta, y no gozan de la suficiente libertad para poder informar y divulgar sobre diferentes asuntos de negligencias médicas, deficiencias sanitarias o sentencias judiciales condenatorias al SESCAM. El tratamiento de los comunicados de prensa que la Asociación El Defensor del Paciente remite a los medios de comunicación de Castilla-La Mancha, desde hace años, tiene una menor repercusión informativa que con relación al resto de comunidades. Sorprende incluso, que en ocasiones nadie se haga eco de temas importantes. De forma tajante podemos afirmar que en pleno siglo XXI, la censura existe a la hora de informar en Castilla-La Mancha. Si Cervantes levantara la cabeza...

## **10. CANARIAS (330 Casos).**

- Las Palmas de G.C. 169
- Sta. Cruz de Tenerife 161

### **- Hospitales más denunciados:**

- 1º Complejo Hospitalario Doctor Negrín
- 2º Complejo Hosp. Univ. Ntra. Sra. de la Candelaria



- 3º Complejo Hosp. Univ. Insular-Materno Infantil
- 4º Hospital Univ. de Canarias - HUC
- 5º Hospiten Sur

**- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

Antes de desgranar la situación de la sanidad canaria en 2009, nos gustaría hacer un inciso de agradecimiento, a la Consejera de Sanidad, Mercedes Roldós, por las declaraciones con las que nos obsequió a principio de año en reconocimiento por nuestra labor y anterior Memoria realizada: *“El Defensor del Paciente no es una institución y no tiene el mínimo rigor, por lo tanto, no voy a hacer ninguna valoración de quien hace un informe de folio y medio sin rigor científico”*. Es un orgullo que la cabeza visible de una “institución”, como la Consejería de Sanidad de Canarias, otorgue tan elogiabiles piropos, a una insignificante Asociación que lo único que hace es recoger quejas y denuncias de los pacientes. Lo tomamos como halagos que nos llenan de satisfacción, sinónimo de que estamos haciendo las cosas bien y por ello le damos las gracias. Para devolverle su gratitud, en el apartado de Canarias de este año, nos hemos marcado como meta superar ese folio y medio. A ver si lo conseguimos.

Los canarios han calificado la sanidad de la Comunidad autónoma con un notable alto, según se deduce de las encuestas, que no son para nada ficticias como alguno podría creer, y que ha llevado a cabo la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias en los centros de Atención Primaria y Especializada. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad, en su último **Barómetro Sanitario posiciona a la sanidad canaria**, evaluada en puntuación por sus propios ciudadanos, como **la peor de España**. ¡Ojo al dato! Estamos hablando del Ministerio de Sanidad, que es la “institución” sanitaria por antonomasia del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, si analizamos los datos que se desprenden, podríamos estar hablando de un fenómeno paranormal, pues en Canarias hay dos tipos de ciudadanos: unos, a los que encuesta el SCS que dan un notable alto a la asistencia, y otros, a los que preguntados por el Ministerio de Sanidad dicen todo lo contrario. Pero como nosotros, no dudamos del rigor de las encuestas del equipo de Roldós, porque la sanidad canaria es extraordinaria, por nuestra parte habrá que enmendar la plana al Ministerio de Sanidad para que rectifique, y que dé explicaciones coherentes porque quizás haya preguntado a ciudadanos de otras Islas.

Según Roldós, el Gobierno canario ha invertido un tremendo capital en equipamientos, ha disminuido el número de tarjetas sanitarias por médico de familia, el número de consultas en Atención Primaria y Especializada han aumentado, las listas de espera han bajado, los servicios de Urgencias ya no se colapsan, y ya está en marcha el III Plan de Salud. Nada podemos objetar, nos encontramos ante el sistema sanitario más prodigioso de todo el ámbito nacional e internacional, y el espejo donde han de mirarse el resto de Consejerías de Salud. Pero por el contrario, otra “institución” como el Diputado del Común de Canarias (equivalente a El Defensor del Pueblo de Canarias) en su último informe, en el que al igual que nuestra Asociación recoge las quejas sanitarias

de los ciudadanos canarios, ha hecho ahínco especial en el **meteórico deterioro que sufre el Servicio de Salud Canario**. ¡Qué barbaridad! No puede ser, otro organismo que se ensaña con la admirable sanidad canaria.

Dejemos las florituras y la socarronería a un lado, y vayamos a los hechos. La realidad es que en Canarias continúa el declive de la sanidad, con un número de reclamaciones al alza, a pesar de que el canario es poco reivindicativo por la falta de confianza en que será atendido por el SCS, lo cual, es una parte del problema, dentro de un sistema blindado a la crítica y en una sociedad en la que todos han aprendido a mirar a otro lado.

Las sensaciones venideras no son para nada halagüeñas, si nos fijamos en el dato de que el Gobierno de Canarias llevará a cabo un **recorte presupuestario, para 2010, de 90 millones de euros**, en el ámbito sanitario. Haciendo un paralelismo, ojala y nos equivoquemos, pero esta noticia supondrá el relego al ostracismo y el desmoronamiento de un servicio sanitario, con un deterioro ininterrumpido a las espaldas de sus hospitales y centros de salud, que funcionan al límite. Es inaudito, puesto que la lógica dictamina que en sanidad los recursos se han de incrementar año a año.

La crispación de colectivos médicos, personal sanitario y pacientes es la tónica general. Partiendo de la base, del incumplimiento de las dos principales promesas electorales de Roldós (la reducción de las listas de espera y el plan de urgencias sanitarias), los actores tienen decenas de argumentos que justifican su indignación. **El SCS ha incumplido de forma reiterada los compromisos adquiridos de aumento de plantilla de médicos** y pediatras para asemejar el ratio con la media nacional, sin actualizarse los listados de contratación desde 1997. Además su **incapacidad de diálogo** con los colectivos médicos para buscar soluciones ha empeorado bastante la situación. De hecho, durante Mayo se produjeron paros en Atención Primaria. Canarias cuenta en estos momentos con 3'94 médicos por 1.000 habitantes, por lo que requeriría 1.300 médicos más y unas 1.800 enfermeras. Y no sólo lo decimos nosotros, sino el Instituto Nacional de Estadística (INE), que para información de Mercedes Roldós, es una "institución" oficial encargada de la coordinación general de los servicios estadísticos de la Administración General del Estado.

En contrasentido, sabiendo de antemano que el SCS tiene unos 900 facultativos de edades comprendidas entre los 55 y 65 años, la Consejería ha reconocido el déficit, pero no prolonga la jubilación hasta los 70 años como hacen otras comunidades, llegando a acuerdos con sus profesionales, para flexibilizar sus jornadas y prorrogar sus funciones. Los **acuerdos de Atención Primaria brillan por su ausencia**: en implantación de unidades de cirugía menor, en mejoras de equipamiento y tecnología con capacidad diagnóstica, más de la mitad de sus profesionales tienen en cartilla una media de 1.600 pacientes, existen enfermeras con cupos de 4.000 pacientes, se cubren plazas de pediatría con médicos de medicina general, listas de espera de 5 días para obtener cita, etc. ¿Será todo el conjunto una forma encubierta de privatizar la sanidad?

La insignia del Servicio Canario de Salud son las **infames listas de espera**, propias de una **gestión inoperante**, que eternizan a sus pacientes, los cuales han de hacer virguerías para conseguir una cita o ser intervenidos dentro de unos parámetros normales. Por **detrás de Galicia, la lista de espera canaria es la peor de toda España**. Y no lo decimos sólo nosotros, sino sus pacientes. El Consejo Económico y

Social de Canarias, que es un Órgano Colegiado de carácter consultivo, y que tiene la función constitucional de facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida social, en su último informe conocido en 2009, recoge como los canarios dan una valoración más negativa sobre el estado de la sanidad que el resto del territorio español y apostilla que *"para un 56 % de los canarios, las listas de espera se han mantenido igual en los últimos años, frente a un 20 % que opina que han empeorado"*. Paradójicamente, Roldós asevera que las listas de espera están mejorando. Las últimas cifras dadas a conocer reflejan **20.620 pacientes en espera quirúrgica** frente a los 20.495 que había en 2008 en idéntica circunstancia, por consiguiente han aumentado ligeramente. Traumatología, cirugía ortopédica, oftalmología y cirugía general, según esta alineación, son las especialidades que mayor número de pacientes acumulan. Por ejemplo, para intervenciones traumatológicas más de 4.000 pacientes aguardan una demora media de 170 días. Pero hete aquí, que la lista diagnóstica se ha disparado, existiendo 14.673 pacientes a la espera de una prueba, o sea, casi 5.500 pacientes más que en el pasado período. Las ecografías y las endoscopias son las que mayor número de pacientes aglutinan, y otras pruebas como los escáneres, incluso se han doblado con amplitud, pasando de unos 450 pacientes a más de 1.000. La lista de espera para consulta tampoco se queda atrás, con unos 25.000 pacientes todavía. Por especialidades la que mayor dilación suman son: alergología, rehabilitación, reumatología y pediatría.

Lo que ocurre es que en la teoría, una cosa son los dígitos maquillados que muestra el SCS, y en la práctica, muy por encima, los números reales. Sin duda alguna, el crecimiento fulgurante de los conciertos privados ha rebajado livianamente las cifras de la quirúrgica, pero con ello se corre el peligro de lo que ocurrió con el Hospital de Meloneras, que casi va a la bancarrota. Recordemos, que el Gobierno Autónomo de Canarias mantiene conciertos con los hospitales de la red privada 'Hospiten'. Entretanto no se abran quirófanos, en turnos de mañana y tarde, no se reducirá la lista de espera quirúrgica, aunque a día de hoy resulta una osadía en vista del recorte presupuestario, del que antes hicimos mención.

Por estas razones, dentro de la lista de espera quirúrgica persisten y persistirán miles de pacientes que superan de largo, una demora media de 180 días, o inclusive se traspasen los 365 días. Veamos algún ejemplo llamativo. Ángela R. M. nos denunció, que desde ¡2006!, tranquilamente esperaba la llamada del Hospital Doctor Negrín para ser intervenida de bocio multinodular. En Febrero de este año nos comentaba: *"El 15/11/06 soy atendida por la Cirujana del Hospital Doctor Negrín quien con los informes obrantes en su poder me confirma el diagnóstico y que debo ser operada y solicita nuevas pruebas (TAC, Punción Tiroides, etc.). El 25/09/07 me ve por fin la cirujana y a la vista de todas las pruebas confirma todo lo anterior y me informa de que mi operación será más arriesgada porque el bocio me ha crecido dentro del tórax y por ese mismo motivo deberá intervenir también un cirujano de tórax. Lo más grave de todo es que desde que fui remitida al Doctor Negrín para ser vista por la cirujana 15/11/2006 y hasta el día de hoy no se me ha hecho seguimiento alguno por parte de ningún endocrino"*. En otro caso, pero esta vez para prueba diagnóstica, en Enero de 2009, el Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, prescribía una densiometría ósea a Antonieta C. M., de 56 años de edad, para el 13 de Mayo de ¡2010! Naturalmente en casos de este tipo, la lista de espera canaria, pone en peligro la vida de sus pacientes, porque las secuelas aumentan con el transcurso del tiempo.

Si seguimos hilando, **Canarias es una de las comunidades que más acusa el déficit de médicos**. Por esta causa, el SCS se vio en la obligación de pedir ayuda al Servicio Público de Empleo Estatal para la contratación de médicos extranjeros, fruto otra vez de una política de gestión errónea, **al dejar escapar a varios MIR con ofertas de la Península**, como consecuencia de ofertar tarde las plazas. Ahora bien, lo que traspasa el límite de lo razonable, es que médicos licenciados, sin prácticas en peritación, estén ocupando plazas de forense en Juzgados, como el de Arona, entre otras razones por la falta de un programa específico de formación.

Las siete islas del archipiélago presentan escasez de profesionales de medicina general. Y los especialistas más necesitados, son por este orden: **reumatólogos, pediatras, oncólogos, anestesiólogos y hematólogos**. Las áreas de Lanzarote y La Gomera son la más afectadas en cuanto a número. Como caso atípico, y que demuestra el tesón reivindicativo, de algunos pacientes, hemos de mencionar la campaña por parte de Javier C. G., enfermo de cáncer hepático, en la que recogió 9.000 firmas para reclamar un especialista en trasplantes hepáticos en el Doctor Negrín, por la falta de digestivos en este hospital, demandando que los enfermos grancanarios no se vean en el deber de desplazarse a Tenerife de forma habitual para ser tratados.

A modo de pinceladas, no podemos pasar por alto otra serie de discordancias: falta de realización de muchas promesas del ‘Plan de Infraestructuras Sanitarias del Archipiélago 2005-10’, como la pérdida de camas hospitalarias; carencias de los servicios sanitarios del Centro de Salud de Añaza (Tenerife) sin servicio de urgencias las 24 horas; poca utilización de los helipuertos de los hospitales tinerfeños; funcionamiento a cuentagotas del aparato de tomografía (diagnóstico de tumores cancerosos) en el Hospital de la Candelaria; por falta de planificación caducaron sin ser usados equipos de radiología y tratamiento oncológico en el HUC; el clima de controversia que se vive en el HUC, porque el Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular sigue trabajando, pese a que la Fiscalía Provincial de Tenerife mantiene una demanda contra él por presunto homicidio y lesiones imprudentes; etc.

Los casos por presunta negligencia infaustamente se han venido sucediendo. Subrayemos algunos. El fallecimiento de Javier D. S., que tras acudir de urgencia al Doctor Negrín, se le trató como mareos la dolencia que padecía y sin hacerle pruebas fue dado de alta, sufriendo una parada cardiaca en su domicilio, hasta entrar en coma y llegar al fatal desenlace. La muerte en el mismo hospital, en Enero, de Francisca S. G., desangrada por una arteria tras practicarle un cateterismo. Para seguir, con la cadena de desgracias, que ocurren en el Doctor Negrín, citemos también la **defunción de Kylian V. P., menor de 14 años de edad, supuestamente al no recuperarse de la anestesia después de operarle de una muñeca**, en Octubre pasado, su abuela entristecida no daba crédito: *“No recobró la conciencia nunca. Nadie nos ha explicado lo que ha sucedido. Durante 6 meses hemos esperado a que llamasen al niño del Servicio Canario de Salud para hacerle un escáner, pero ni siquiera nos dieron fecha”*. El caso de Josefa R. D, que tras ser intervenida de un fémur en la Candelaria, le prescribieron heparina, pero incomprensiblemente le retiraron la medicación que tomaba para controlar su insuficiencia cardiaca, de modo que en Abril sufrió un infarto cerebral que le ha paralizado medio cuerpo, sin poder hablar, leer o comunicarse. La incompetencia del cirujano que **operó de colon**, en el Insular, a Manuela R. S., de 60 años de edad, puesto que **le extirpó un trozo sano y le dejó el tumor adentro**. Lo acontecido con Jorge T. M., fallecido a los 30 años de edad por Gripe A, en Agosto, por

una presunta mala praxis en el tratamiento, por medio también del Insular de Gran Canaria, según nos relató su hermano: *“La familia sentimos que a mi hermano lo han dejado morir por no haber actuado en el momento y tomarse las cosas con más seriedad. A mi hermano no se le trató a su debido tiempo como el propio Gobierno indica. Dando la imagen de que todo está controlado y ni ellos mismos saben cómo actuar cuando les llega un enfermo de Gripe A.”*

Y para remachar, como guinda del pastel, el caso de Diego P. V. Fue **acusado erróneamente de violar y matar a una niña de 3 años, según atestiguaba el parte de lesiones** redactado por médicos de la Candelaria, a causa de quemaduras, golpes e indicios de agresión sexual. El hombre fue detenido por la Guardia Civil, sufriendo un linchamiento público a gran escala. Finalmente, el informe forense del Instituto de Medicina Legal reveló que nada había de cierto en todo este embrollo. Por lo tanto, no nos quedó más remedio que denunciar los hechos a la Agencia Española de Protección de Datos y al Defensor del Menor, entre otros organismos, por revelación de información falsa y confidencial de la niña.

En el ámbito jurídico hemos de hacer referencia a dos sentencias muy significativas, emitidas a lo largo de 2009. Una de la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Las Palmas, que en Mayo condenó a 1 año y 9 meses de prisión a A. D. H., por un delito de intrusismo profesional, lesiones y estafa, al haberse hecho pasar por odontólogo, trabajando en una clínica de Las Palmas, en la que hizo un verdadero destrozo en la boca a una de sus clientes. La otra, es una condena al Gobierno de Canarias, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de Las Palmas, para indemnizar con 360.000 euros a la hermana gemela separada de su familia biológica por un error médico en la sala de incubadoras del antiguo hospital Nuestra Señora del Pino en 1973, a la vez que obliga también a pagar 180.000 euros a la otra gemela que sí vivió con su madre biológica.

En resumen, no logramos entender cómo suceden todo este tipo de circunstancias en una sanidad que goza de esplendor y excelencia. Desde aquí, a modo de súplica, **no queremos que Mercedes Roldós haga una valoración de la opinión que una asociación, sin rigor, pueda tener sobre la sanidad canaria**, como el pasado año le solicitó algún medio de comunicación. Pero sacamos la conclusión, que sí sería conveniente, que deje a un lado su vanidad, y dé una explicación a los pacientes y profesionales de la sanidad canaria, que es a los que se debe, puesto que creemos que ha quedado suficientemente probado que varias Instituciones y Organismos, de Canarias y de este país, a través de estadísticas y estudios científicos, desaprueban la calidad asistencial que reciben los ciudadanos de las Islas Canarias.

Por cierto, Sra. Roldós, hemos ocupado más de 4 folios. ¡Prueba superada!

## **11. ARAGÓN (327 Casos).**

- Zaragoza 234
- Huesca 72
- Teruel 21

### **- Hospitales más denunciados:**

- 1º Hosp. Univ. Miguel Servet
- 2º Hosp. Clínico Univ. Lozano Blesa
- 3º Hosp. General San Jorge
- 4º Hosp. Royo Villanova
- 5º Hosp. de Barbastro

**- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

El **descenso en un 25%, con respecto a 2008, del número de denuncias y reclamaciones** recibidas este año, es un apunte relevante y equivalente de que la sanidad aragonesa ha mejorado levemente, sobre el deterioro cuasi enfermizo en el que se encontraba anclada desde hace prácticamente una década. No obstante, el dato no simboliza que la situación sea muy boyante puesto que son cuantiosas las facetas por pulir, al igual que el resto de comunidades.

Quizás alguno de los errores que hay que achacar a la Consejería de Sanidad, es la **desidia o la desgana para planificar y afrontar** determinados problemas o incumplimientos como la **reforma de la Atención Primaria, la mejora de los servicios de Urgencias o la no convocatoria de oferta pública de empleo en años ha**. Por eso desde aquí, lanzamos una llamada de atención a la Consejera de Salud, Luisa María Noeno, para confeccionar una buena reordenación de los recursos humanos existentes y mayor fluidez en el diálogo con sus profesionales ante la falta de planes de prevención, masificación de las consultas, presión asistencial, etc. En otra vertiente, en tiempos de crisis el paciente aragonés exige mayor productividad y profesionalidad. La población ha aumentado en los últimos tiempos, pero los ambulatorios y hospitales no han crecido al mismo ritmo, por lo que **las infraestructuras se quedan pequeñas**.

Hablando de promesas incumplidas, el retraso en la libre elección de especialista, ha estado en el candelero a lo largo del año, hasta que por fin se empezó a implantar en Calatayud y Alcañiz, pero por las quejas que hemos recibido no está siendo lo efectivo que se presumía. Por ello no podemos estar conformes con esta nueva regulación, ya que está originando una sobrecarga asistencial al fomentar la competencia entre profesionales, en base a criterios meramente cuantitativos y retributivos. Además, lamentamos que en la elaboración de este derecho, Noeno no haya tenido en cuenta la opinión de los facultativos, puesto que las cartillas de muchos de ellos, podrían colapsarse si un número elevado de pacientes requiere sus servicios a la vez.

Igualmente ha estado en boca de todos, el **decreto para poder solicitar una segunda opinión médica** en patologías serias, como diferentes enfermedades degenerativas o tipos de cáncer, que llevaba en el “baúl de los recuerdos” del Gobierno de Aragón desde 2006. Este otro tipo de derecho, de momento, sigue estacionado en fase de exposición, pero también tenemos nuestras dudas sobre sus garantías, puesto

que en otras comunidades existe, pero a la hora de ejecutarlo los pacientes se encuentran con enormes trabas. Sin ir más lejos en Castilla y León.

**El garabato de la sanidad aragonesa vuelve a ser la lista de espera.** La quirúrgica en lugar de solucionarse se ha disparado de forma meteórica, propio de una planificación infructuosa, postulándose en poco más de **18.000 pacientes**, un máximo sin precedentes en Marzo de este año, si echamos la vista para atrás y divisamos los 15.000 que había en 2005. Lo más embarazoso, es que de esos 18.000 pacientes, unos 1.150 superan los 6 meses de demora. Para corroborarlo, sirva el testimonio de Rosa A. C., que cuando se dirigió a nosotros en Marzo, llevaba ya 7 meses, desde Septiembre de 2008, en el Ernest Lluch de Calatayud a la espera de cirugía por piedras en la vesícula. Sin contemplaciones aseveraba: ***“Creo que el hospital se está riendo bastante de mí. Me dicen que los tiempos de espera son relativos, que igual son 5,6 ó 7 meses, total que no he sacado nada en claro y el preoperatorio lo tengo hecho desde el 12 de noviembre”***. Sinceramente, no acabamos de digerir este aumento cuando los recursos y los presupuestos en teoría son mayores. Dentro de este apartado las especialidades con mayor retardo son: traumatología, oftalmología, cirugía general y otorrinolaringología. El **Hospital de Barbastro** es en el que algunas de estas patologías alcanzan sus mayores cifras, por el desequilibrio en número de facultativos con respecto a otros centros. Dos añadidos más a esta cuestión tan farragosa, son el dinero que el Servicio de Salud de Aragón está derivando a clínicas concertadas trayendo consigo un aumento del gasto público, y segundo, la vulneración del ‘Decreto de Garantía de Plazo en la Atención Quirúrgica’ sin efecto en muchos pacientes que esperan operación. Los pasos para aligerarlas pasan por dar luz verde a la creación de unidades de cirugía ambulatoria, aumentar el número de quirófanos, al igual que rentabilizar los existentes, y solventar el problema del personal, que es otro tema aparte y que en pos abordaremos.

Asimismo, no podemos obviar la lista de espera para especialista y para procedimientos diagnósticos, también a la deriva. De hecho, el Gobierno de Aragón, ha aprobado este año el **‘Decreto sobre Plazos Máximos de Respuesta en la Asistencia Sanitaria en el Sistema de Salud de Aragón’** que regula un plazo máximo de 2 meses para atención con el especialista y 1 mes para la práctica de pruebas diagnósticas. Esta nueva promesa suena genial, sólo le falta, música de violín de fondo. Nos mantendremos expectantes a si surte efecto o queda en entredicho como el resto de normas sanitarias que firma la sanidad aragonesa. Mirándolo por el lado positivo los pacientes del Obispo Polanco de Teruel, estarán de enhorabuena, si nos aferramos a los más de 100 días que deben aguardar para que se les realice un escáner, un TAC, una colonoscopia o una rectoscopia.

Para no variar, Aragón, no es una excepción en abundancia de especialistas, dentro de la perspectiva sanitaria española. Todo lo contrario. Si no, que se lo digan a sus hospitales comarcales. Mientras los profesionales no quieren abandonar Zaragoza, Huesca y Teruel se encuentran con terribles dificultades para ocupar sus carteras de cirujanos. La mala gestión vuelve a ponerse de manifiesto. Si se aumenta la actividad quirúrgica, habrá que incrementar el número de facultativos, incentivándoles para que salgan de la capital aragonesa con destino a Huesca o Teruel. No puede ser que desde hace casi 10 años, no hayan existido ni concursos de traslados ni oposiciones pese a la jubilación de 400 profesionales el pasado año.

**El Salud precisa más de 800 médicos**, con especial atención en patologías como **pediatría, oftalmología y geriatría**, esencialmente para cumplir el nuevo decreto de consultas. De esta guisa, el Justicia de Aragón, ha vuelto a exhortar al Departamento de Salud, para acercar la **atención pediátrica a las zonas rurales** de Aragón y de la misma manera se ha tenido que inmiscuir en la problemática de las urgencias pediátricas del Royo Villanova, centro en el que varios médicos han alzado la voz por tener que atender casos de pediatría y ginecología, sin ser su especialidad, por no existir servicio de estas materias. **Pediatría, como se puede descifrar, es la patología más deficitaria en facultativos**. Por ejemplo, en la zona de Ayerbe (Huesca), creciente en población infantil, se hizo una recogida de 1.000 firmas para solicitar la asignación de un especialista pediátrico exclusivo para la comarca. Sucede que Huesca, tiene alrededor de 20 pediatras, de los cuales, sólo 3 están destinados a las zonas rurales. Además, el equipo del área infantil del Obispo Polanco de Teruel es otro de los más afectados, agravado por la marcha de dos de sus pediatras, por lo que para dar salida, a lo largo del año, a los cuellos de botella de las consultas, pediatras del Miguel Servet se han tenido que trasladar asiduamente a este hospital para cubrir la escasez y hacer guardias. Pero no sólo eso, el **Obispo Polanco precisa de forma inminente de neurólogos, cardiólogos y traumatólogos**, contando además con más una decena de facultativos sin el título homologado, como ocurre con la mayoría de sus anesthesiólogos. Como excentricidad, incluso el Cuerpo Nacional de Policía en Aragón, ha estado exento durante meses de servicio de reconocimiento médico, afectando a más de 3.000 policías, al no encontrar aspirantes para cubrir las plazas vacantes.

Insistimos en que los hospitales comarcales están al límite y que Teruel, junto con Huesca, son las provincias a la retaguardia. En esta última, **el Hospital de Barbastro es el gran olvidado de la sanidad aragonesa**, por el sometimiento en el que se encuentra abocado, por la deplorable gestión de recursos humanos del Salud, discriminando a muchas de las comarcas a las que da apoyo: Somontano, Cinca Medio, Bajo Cinca, Ribagorza o Sobrarbe. El dato gráfico, es que Barbastro atiende el mismo número de pacientes que el San Jorge, pero sin embargo, tiene 70 especialistas menos, o sea, la segregación es irrefutable. Los hospitales de Alcañiz y Calatayud, perfectamente se pueden equipar en deficiencias al de Barbastro, pues consecuentemente son centros en los que urge una reforma y ampliación inmediata.

Con estas coyunturas de precariedad de especialistas y medios, tal vez encontremos el por qué del cataclismo de las listas de espera.

Y si afirmamos que las listas de espera son el garabato de la sanidad aragonesa, los servicios de Urgencias hospitalarios son el tachón. **Jornadas fraticidas, durante 2009, en Urgencias del Royo Villanova y Miguel Servet**, lo han puesto de relieve. Servicios saturados, decenas de pacientes en los pasillos pendientes de ingreso y esperas de hasta 8 horas. Apresa lo del Royo Villanova, con un servicio nuevo, donde se ha doblado la superficie de atención y el número de pacientes, pero no va en correlación al aumento de facultativos.

Hay temas de otra índole, que no podemos omitir y que seguidamente disertaremos. El brote de sarna, producido en Enero, en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, que afectó tanto a trabajadores del centro como a varios pacientes, y que probablemente tuvo su origen en el fallo de los protocolos de prevención por parte del centro hospitalario. La **apertura de investigación de la Fiscalía a un oncólogo del**



**Lozano Blesa**, que fue apartado del servicio, por supuestas irregularidades en la gestión de un ensayo clínico sobre cáncer de mama, y que en Noviembre ha recaído en el Juzgado de Instrucción. El arresto por medio de la Guardia Civil, en Noviembre, de un médico de origen peruano del centro de salud de Bisecas, por un presunto delito de agresión sexual a una paciente de dicho ambulatorio. El calvario de José Antonio y Trinidad, padres de una joven con trastorno de la personalidad, que desamparados por la falta de atención especial que necesitaba, solicitaban angustiados ayuda para su hija, a la que habían tenido que denunciar varias veces por agresiones, lo que es una muestra de la **poca ayuda que disponen los enfermos mentales en Aragón: “Da patadas a los muebles, nos insulta, rompe lo que cae en sus manos, etc. Casi todos los meses se ingresa por urgencias en el Royo Villanova. Otras veces llama a la policía y se la llevan en ambulancia al mismo lugar. Otras, el Juez decreta su internamiento por unos días. Luego le dan de alta y se repite el ciclo.”** Y la sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 1 de Zaragoza, en contra de Luisa María Noeno, por la que se dictamina que la Consejera actuó de forma parcial cuando sancionó con 2 años y 7 meses de empleo y sueldo a José Luis A. M., médico del Clínico Lozano Blesa, por denunciar fallos de la Administración cuando surgió un brote de legionela en 2004 en el citado centro hospitalario.

## **12. EXTREMADURA (301 Casos).**

- Badajoz 214
- Cáceres 87

### **- Hospitales más denunciados:**

- 1º Complejo Hosp. Univ. de Badajoz – Infanta Cristina
- 2º Hospital de Mérida
- 3º Complejo Hosp. de Cáceres
- 4º Complejo Hosp. Llerena-Zafra
- 5º Hospital Ciudad de Coria

### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

La sanidad extremeña aprueba con un suficiente raspado. En el presente, la clave para emerger del borde del suspenso, exige una organización de sus servicios, asentada en una gestión meritoria, y una planificación estratégica y competente de los recursos sanitarios.

Su fisonomía tiene margen de mejora en diversos de sus rasgos: **problemas de accesibilidad al sistema sanitario dependiendo del lugar de residencia del paciente, medios humanos escasos en Atención Especializada y Primaria** sobre todo en zonas rurales, **falta de medios materiales e infraestructuras, inviabilidad** para obtener una **segunda opinión médica, retrasos** en obtención de **resultados de pruebas**

**diagnósticas**, confinamiento de la **salud mental**, trecho por recorrer en enfermedades cardiovasculares, disparidad en los ingresos hospitalarios al mezclar enfermos de distintas patologías, y especialmente, el **abordaje del afamado aumento de las listas de espera**.

De arranque, la Consejería de Sanidad y Dependencia, con un presupuesto de 7.300 millones de euros, ya está orquestando el ‘Plan de Salud de Extremadura 2009-2012’ con la finalidad de poner límite a esta serie de carencias. Conforme a esto, la sanidad extremeña dispondrá el próximo año de 1.664 millones de euros, para sanar la calidad asistencial y la accesibilidad en la Atención Primaria y Especializada, así como el equipamiento a nivel de infraestructuras, incrementándolas en 8 nuevos centros de salud comarcales y la reforma de casi una veintena de éstos. Coria, Guareña, Fuente del Maestre, Oliva de la Frontera, La Zarza y Bancarrota, serán los municipios más beneficiados en este sentido.

Y ya que hablamos del caudal monetario, es indignante en tiempo de crisis, que por una desastrosa gestión de la Junta de Extremadura, se dejen de percibir 34 millones de euros que la Hacienda Pública debería haber abonado por gastos sanitarios producidos en 2001 en la transferencia de las competencias sanitarias. Así se tuvo conocimiento en Septiembre, a raíz de una sentencia desestimatoria del Tribunal Supremo.

El principal foco de interés lo encontramos en las **espinosas listas de espera**. Las demoras en intervenciones, consultas y pruebas, **han subido de forma espectacular**, yéndose al garete las prometedoras cifras de los últimos cuatro años, entre otras cuestiones, por la pronunciada falta de especialistas en el SES. De esta forma los datos reflejan unos 65.500 pacientes afectados por las listas de espera: más de **14.000 pacientes en espera quirúrgica, 36.500 en demora con el especialista y algo más de 15.000 pendientes de una prueba diagnóstica**. En torno a especialidades, el mayor número de pacientes los encontramos en: oftalmología, traumatología y cirugía general. El área sanitaria de Cáceres, es la que peores guarismos arroja, pues como de costumbre es la relegada del SES. Por consiguiente, ahora más que nunca, es indispensable la elaboración de un plan estratégico, para incrementar la actividad quirúrgica tanto en hospitales públicos como concertados, en festivos y en temporada vacacional en lugar de cerrar quirófanos, etc. El objetivo es que no se vulnere, como está ocurriendo, la ley autonómica de plazos (180 días para operarse, 60 días para cita con el especialista y 30 días para prueba diagnóstica), y evitar situaciones como la de Pedro G. G., paciente que había perdido la visión debido a una trombosis, y que vio peligrar su estado de salud, debido a que el Perpetuo Socorro de Badajoz, se demoraba en la práctica de una prueba urgente. Así de nerviosa se mostraba su hija: ***“En la actualidad estamos esperando a que le realicen una resonancia magnética para poder valorar otros posibles daños, que posiblemente existan debido a las lagunas mentales que presenta día a día como estamos observando.”*** Finalmente, a través de una misiva que dirigimos a la Consejera de Salud, María Jesús Mejuto, se adoptaron las medidas oportunas y la prueba se realizó a la máxima brevedad. Sin embargo, Pedro Benito J. F., vecino de Torreorgaz, no puede contar lo mismo, ya que en Agosto de 2007 sufrió la rotura del manguito rotador del brazo. Estuvo más de **13 meses en lista de espera** para operar en el San Pedro de Alcántara, y en Junio de este año, es decir, pasados casi dos años, finalizó el proceso de rehabilitación, comunicándole los doctores que le trataron, que desafortunadamente la pérdida de movilidad que sufre en el brazo no la recuperará

como consecuencia de todo el retraso transcurrido antes de intervenirle. En otros casos, también se han producido retrasos considerables de más de 8 meses para revisiones ginecológicas en el Hospital de Mérida.

La trayectoria del SES también se ve emborronada por la falta de médicos y personal sanitario, que como decíamos es el núcleo del origen de las listas de espera. El sistema está fallando y su reorganización es tangible. No en vano, **los especialistas más buscados en la región son los cardiólogos, ginecólogos, oftalmólogos, oncólogos y dermatólogos**. El centro sanitario Virgen del Puerto, es de los que más está sufriendo en sus carnes este mal autóctono, sobre todo, en su servicio de oncología, puesto que oncólogos del San Pedro de Alcántara se han tenido que desplazar para cubrir las vacantes libres que impedían la atención correcta a los pacientes. A modo de ilustración, aunque suene como anécdota, Urgencias del Perpetuo Socorro, en Octubre, tuvo que cerrar unas horas su servicio por la ausencia de médicos.

La escasez de médicos, de igual modo se ha recrudecido en los centros de salud cacereños de Atención Primaria, donde el SES, se vio forzado a puntualizar guardias de hasta 48 horas, conducta que no sentó nada bien a sus profesionales, no sólo por el acrecentamiento de la presión asistencial, sino también porque **las guardias de los médicos extremeños son de las de menor retribución en toda España**. Hoy por hoy, los MIR prefieren optar por condiciones laborales más apetecibles en Castilla-La Mancha, por lo tanto, no se consiguen cubrir las plazas libres de médico de cabecera en Extremadura. Este año, de 69 plazas ofertadas, sobraron 9, quedando cuatro sin asignación en Navolmaral de la Mata, tres en Plasencia, una en Cáceres y otra en Mérida.

**Extremadura, por detrás de Andalucía y Canarias, es la tercera comunidad con mayor número de médicos contratados sin el título homologado**, la gran parte procedentes de Polonia, Portugal y Suramérica. Partiendo de esta reseña, un punto de inflexión se ciñe en la sanidad pública extremeña, debido a que el Colegio de Médicos de Cáceres, con buen criterio, en la primera mitad de 2009, denunció en la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia el caso de una ginecóloga extranjera sin la titulación en regla, que estaba trabajando en el Hospital de Coria. Las consecuencias de la disparatada política de contratación del SES, de personal indebidamente formado, como de costumbre la sufren los pacientes. En consonancia con este caso concreto, Fátima R. G. nos denunciaba lo siguiente: *“Mi nuera de 28 años tuvo a su primera hija el 15 de Febrero de este año. En el parto hubo un mal corte y ahora la están tratando con inyecciones pero parece que no remite y la tendrán que intervenir. No sabemos qué secuelas quedarán. Padece fortísimos dolores. Resulta que la ginecóloga que la atendió en el parto no tenía título y la han despedido del Hospital "Ciudad de Coria". ¿En este caso no es responsable el propio hospital por haber contratado a una persona y no comprobar si su título era o no falso?”*.

En yuxtaposición con lo anterior podemos hablar del desaliño en la asistencia sanitaria en determinados municipios, por la **mala gestión de los recursos humanos** a la que nos tiene familiarizados el SES. La instantánea de Coria lo refleja: aún no cuenta con UCI, el servicio de hemodiálisis aprobado en 2008 no se ha puesto en funcionamiento, carestía de médicos en sus centros de salud, en Atención Continuada sus profesionales se ven obligados a doblar jornadas por la falta de compañeros, en Atención Especializada escasean radiólogos, anestesiastas, pediatras y urólogos,

primordialmente. En otros lares, como el Hospital de Zafra, el abandono es igual de desapacible, pues si en verano perdió su servicio de traumatología, reubicándolo en el Hospital de Llerena, hemos de recordar que todavía sigue sin UCI ni servicio de maternidad. Motivo un tanto descabellado e incompresible, si nos fijamos que Llerena da cobertura a una población de 33.000 habitantes y Zafra presta asistencia a unos 59.000.

En este encuadre, hay otras cuestiones peliagudas por enfatizar dentro de la desangelada sanidad extremeña, que no ha cercenado en darnos malas noticias. La muerte de Nerea, una niña de 17 meses que fue “atendida” en el consultorio médico de Casar (Cáceres), por presentar un cuadro de convulsiones febriles, y que pusimos en manos de la Fiscalía, al entender presuntamente que se produjo una nefasta asistencia e incluso una denegación de auxilio, ya que tal como nos explicó la madre, la tuvieron que llevar en su propio coche al San Pedro de Alcántara, a pesar de la gravedad que presentaba. El fallecimiento de Rosario G. M., en Mayo, a los 74 años de edad, por presunta mala atención del servicio de urgencias del Centro de Salud de Jaraíz de la Vera, puesto que sufría fuerte dolor en el pecho, y no actuaron con celeridad para el aviso al 112 y su correspondiente traslado al hospital, hasta que **por demorarse, una fulminante parada cardiaca acabó con su vida**. María G. G., en dos meses perdió 25 kilos y su médico de cabecera le diagnosticó depresión, empeoró, hasta que en Abril acudió a Urgencias del Hospital Don Benito Villanueva, donde sin solicitarle analítica la remiten a psiquiatría, al final descontenta se trasladó a Madrid donde le diagnosticaron cáncer de digestivo y falleció el 3 de Julio. El también triste desenlace de Francisca C. L., ocurrido en Mayo, al morir en una residencia de ancianos cacereña tras haberse caído de una silla de ruedas, extraña circunstancia puesto que en condiciones normales debería haber estado sujeta por un cinturón. Paula L. A., de 21 meses de edad entre la noche del 31 de Julio al 1 de Agosto, fue trasladada por sus padres al centro médico de Talayuela (Cáceres) por soportar vómitos y fiebre, y de ahí fue remitida al hospital Campo Arañuelo donde le diagnosticaron una simple gastroenteritis recibiendo el alta médica, pero a las dos horas estaba muerta producto de una sepsis meningocócica y supuesta falta de asistencia. Y finalmente el caso de María M. G., una niña de cinco años que ingresó en el Hospital de Don Benito-Villanueva con rigidez cervical y fiebre donde permaneció varios días hasta que fue derivada al Materno-Infantil de Badajoz, y supuestamente por esta demora entró en coma, tal y como nos detallaba su madre de forma desconsolada: *“En el hospital de Don Benito-Villanueva de la Serena no hicieron nada y ahora mi hija lleva 5 meses en coma y las esperanzas son muy pocas, tiene bastante daño cerebral. Estuvo 4 días ingresada y con la rigidez cerebral y no la hicieron ni punción ni tan siquiera un radiografía de cabeza.”*

### **13. ASTURIAS (260 Casos).**

#### **- Hospitales más denunciados:**

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

## **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

En arraigado estado de convulsión continúa la sanidad asturiana, **bajo la amenaza de la privatización por la entrada en escena del copago sanitario** como vía de solución a los colapsos en Urgencias, a las desesperantes listas de espera, a los déficits presupuestarios, a la calamitosa gestión del Gobierno del Principado, a la incapacidad del SESPA para negociar con los profesionales sanitarios, al incremento del gasto sanitario, etc. Qué mejor idea que cobrar una cantidad simbólica por visita médica, para recolectar y que el enfermo se lo piense un poco antes de ir al médico. O lo que es lo mismo, **la culpa es de los pacientes porque abusan de la sanidad pública y de los facultativos que se exceden a la hora de prescribir pruebas diagnósticas o extender recetas**. Al menos esta es la **conclusión demagógica** del Presidente del Principado, Vicente Álvarez Areces, que durante 2009, ha hecho saltar las alarmas sobre la sostenibilidad de la sanidad pública asturiana.

Por mal que le pese a Areces, de forma rotunda, **el copago**, farmacéutico o del tipo que sea, **siempre rompe la equidad**. Es una necedad pensar que a los ciudadanos les gusta acudir a las sobrecargadas Urgencias asturianas y no ser consciente de que las citas con el médico de cabecera, a la sazón, se van hasta los 5 días. Si el Principado derrocha su presupuesto financiando la sanidad privada, a la que se regala dinero, en lugar de gestionar adecuadamente el sistema público, no es coherente subsanar los errores a costa del contribuyente. La sanidad pública es un bienestar social de los asturianos, contradictoriamente a los intereses de quienes intentan privatizarla, que son exactamente los responsables de su mala gestión y los que pretenden hacer de la salud un negocio.

El flanco de combate de la sanidad asturiana, tal y como presagiamos el año pasado, es la Atención Primaria, sumergida al borde del caos. El Consejero de Sanidad, Ramón Quirós, con actitud déspota y lejos de dar una vía de solución, en Febrero volvió a hacer unas manifestaciones que levantaron mucha polvareda, ganándose la enemistad del colectivo médico, al que intentó coaccionar, afirmando que algunos de los facultativos que habían reclamado 10 minutos de consulta por paciente apenas invertían 3 para atenderlos. A veces, la sensación que le queda al paciente, en esta política de enfrentamiento es que la profesión médica sólo busca ganar dinero al mínimo esfuerzo, y no es así, sino que todo se debe a una **cortina de humo del Consejero para preservar su penosa gestión**. La conocida “reforma Quirós” y la adhesión a la gestión clínica al objeto de gozar de libertad para organizar actividad y turnos de trabajo, han sido un **fracaso por no contar con sus facultativos**. Antes de afrontar planes estratégicos, la clave está en acometer lo verdaderos problemas de base de la atención primaria asturiana: disminución de la carga asistencial de los cupos de los médicos de familia que tienen **en consigna más de 1.500 tarjetas sanitarias**, ajustar el número en las agendas de citas que frecuentemente superan los 70 pacientes, mejorar la dotación de recursos de los servicios de urgencia extrahospitalaria, formación continuada del personal que avale la continuidad del sistema, regular las jornadas

excesivas de atención continuada que de vez en cuando superan las 20 horas, planificar las sustituciones de los médicos de baja o con permiso vacacional, etc.

Es lamentable, que en determinados casos, como sucedió con dos médicos del centro de salud Paulino Prieto (Oviedo), el SESPA les obligase a limitar de 10 a 5 minutos la atención a sus pacientes, escudándose en la lista de espera de éstos, cuando en sus tarjetas tenían asignados unos 2.000 pacientes. Peor aún lo están pasando los trabajadores del SUAP (Servicio de Urgencias del Atención Primaria), unos 140 en toda Asturias, entre médicos, enfermeros y celadores, que cubren las Urgencias de los consultorios (Gijón, Oviedo, Mieres, Langreo, Avilés y Siero), totalmente estresados, doblegando al mismo tiempo su trabajo en el centro de salud y en los domicilios, con escasos recursos económicos, sin poder ofrecer soluciones a todos los pacientes, etc.

En otro orden de cosas, después de que en 2007 el Principado registrase la segunda lista de espera quirúrgica más alta del país, era una obligatoriedad poner coto a estos pormenores. **De modo prodigioso, a principio de año los guarismos ofrecidos por el SESPA mostraban los mejores resultados de reducción de la lista de espera de los últimos seis años.** En torno a **15.500 pacientes se encuentran a la espera de una intervención. ¿Ficción o realidad?** Pues más bien lo primero, cifras edulcoradas, no exentas de engañifa, con el propósito de que ningún asturiano supere los 180 días de espera, que es lo que con mayúsculas y en negrita ha de aparecer en los titulares de prensa.

¿Cómo se consigue que las cifras concuerden dentro de estos parámetros? El SESPA utiliza diferentes fórmulas. Para **maquillar los resultados**, el paciente sólo es incluido cuando ha pasado la última consulta con el anestesista, saltándose todo el periplo anterior. **La espera diagnóstica y con el especialista, que es donde se agrava la patología, no se computa.** De esta forma se puede manejar a conveniencia el número de pacientes en la lista. Basta con retardar la cita con el anestesista para reducirla. Un paciente con patología grave, puede estar 1 año hasta que se le cita para pruebas diagnósticas y luego transcurrir otros 6 meses hasta que obtiene los resultados. Otra opción que utiliza el SESPA, es si el paciente se niega a acudir a una clínica concertada. Entonces es “amenazado” con esperas de hasta 2 años, o se le pone, otra vez, al final de la lista como represalia. Esto resulta un fraude irreverente para los ciudadanos asturianos, 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. Sirva el dato que el SESPA derivó el año anterior más de 16.600 operaciones a hospitales concertados.

Desdichadamente, este tipo de trucos supone un atentado contra la salud y la vida de los pacientes. A las pruebas nos remitimos. Vicente F. P., falleció a finales de Marzo, a los 76 años de edad, cuando en 2008 había sido diagnosticado de un nódulo tumoral en el pulmón, y el HUCA le puso en lista de espera para operar, pero hasta Febrero de 2009 no se le interviene, mas cuando le abrieron tenía una masa cancerígena extendida y ya no se podía hacer nada. Por las listas de espera en cardiología, de más de 8 meses, en el Hospital de Arriondas, Blanca A. Q., vecina de Ribadesella y de 81 años de edad, sufrió un infarto que casi acaba con su vida, tras 232 días de demora para pasar consulta con su cardiólogo. También en el centro hospitalario de Arriondas, **16 meses de auténtico dolor**, fueron los que tuvo que sobrellevar Ana F. C., para que por fin en Abril pasara por quirófano para corregir una lesión en su hombro izquierdo

diagnosticada en Noviembre de 2007, es decir, la trampa en este caso concreto, como apuntábamos con anterioridad, reside en que fue operada 6 meses después de que se le practicara el preoperatorio, pero 16 meses más tarde de ser informada de tener que operarse. El caso más abrumador fue el de Gustavo David A. T., langreano de 34 años, que cuando en Octubre contactó con nosotros casi había perdido la visión, pues ya aguardaba más de 4 años para un trasplante de córnea en el Hospital Valle del Nalón. La denuncia que nos formulaba concluía así: *“Desde la dirección del centro se niegan a adelantar una posible fecha para la intervención, agravado esto, por el hecho de que según se desprende de la contestación dada, muy probablemente siga en el mismo puesto de la lista de espera que el primer día, pues ellos mismos reconocen que hace años que no se les hace donaciones de órganos. Este hecho, es más escandaloso si cabe, si atendemos que en las clínicas privadas de la misma región, Asturias, la lista de espera para realizar dicho trasplante apenas llega a los 6 meses.”*

Para colmo, a finales de Mayo, el Hospital de Jove organizó un paro de 3 días, que se saldó con la suspensión de 1.200 consultas, 60 intervenciones quirúrgicas y 300 pruebas diagnósticas. La plantilla del centro sanitario concertado, reclamaba mejoras salariales y de condiciones laborales, equiparables al resto de profesionales de la red pública sanitaria de Asturias, ya que mantenían que sus salarios eran inferiores en un 30%.

El **desbordamiento de los servicios de Urgencias de los hospitales** ha vuelto a ser noticia. Soportan salas abarrotadas, decenas de enfermos en los pasillos, tiempos de espera interminables y dificultades para informar adecuadamente a los pacientes. Esto es lo que ocurre en el Hospital Valle del Nalón, donde se han producido momentos críticos, por la falta de camas disponibles y espacio libre en el área de emergencias, incluso en Enero la dirección del centro tuvo que derivar las urgencias a otros centros hospitalarios. Sin duda, **Valle del Nalón, cuenta con el peor servicio de Urgencias de toda Asturias**. El motivo es el abandono al que el SESPA le tiene postrado desde hace años, a pesar del aumento de la demanda asistencial. Tres cuartos de lo mismo se ha venido sucediendo en el San Agustín y el comarcal de Jario, con los boxes colapsados de pacientes a la espera de subir a planta. O también en el HUCA, al carecer de camas libres por el incremento de las operaciones quirúrgicas para disminuir las listas de espera.

Los **circuitos mal diseñados**, de la red de Urgencias del SESPA, son la causa de la saturación en condiciones de demanda normal. La ausencia de recursos extraordinarios, o su mala planificación, además de bloquear el servicio de urgencias, desorganiza los hospitales con las famosas camas supletorias en cualquier espacio disponible. Es más, si el equipo de Quirós se lo propusiera, un alto porcentaje de las urgencias podrían solventarse en los centros de salud. Y no nos olvidemos tampoco, de las condiciones laborales de sus profesionales, que tuvieron en jaque, en el mes de Marzo, a la Administración sanitaria, bajo un ultimátum de huelga, por sentirse discriminados en relación al resto de facultativos hospitalarios y el desacuerdo con los cambios de turno, horarios y guardias. Finalmente se desconvocó, ante la propuesta de Quirós, de abrir una mesa técnica de negociación.

Otra de las cuentas por saldar de la sanidad asturiana y común al resto de comunidades es la falta de profesionales sanitarios por una política de previsión totalmente errática. El Hospital de Jario, cuenta con la plantilla más escasa de

especialistas de toda Asturias y está al borde del desmantelamiento. Si ya en su día, perdió la prestación de servicios como las intervenciones de oftalmología, en estos momentos, por ejemplo, la situación que vive el servicio de cardiología es enmarañada, porque no dispone de cardiólogos suficientes para atender a los pacientes de esta especialidad. Anestesiología, urología, hematología y neurología, son otros de sus servicios al borde del conflicto por la escasez de facultativos.

Dejando a un lado las carencias en recursos humanos de Jarrio, si globalizamos, **pediatría es el servicio más necesitado de profesionales**. Que se lo digan a los niños del centro de salud de Ribadesella, que en verano, estuvieron hasta 2 semanas sin pediatra y enfermera de esta especialidad. Otras veces, se dan coyunturas vergonzosas, como en el servicio de urgencias del centro de salud de Mieres Sur, en el que en Octubre, se dieron franjas horarias sin médico ni ATS para atender a los pacientes que allí acudían, teniendo que optar la mayoría por marcharse al Hospital de Murias.

Por eso, una **opción interesante**, sería compartir servicios con otras regiones, **buscando acuerdos con Cantabria o Galicia**, que permitan buscar economías de escala en las zonas fronterizas, y con otras comunidades más desarrolladas que abarquen tratamientos más especializados.

Así no es de extrañar, el **aumento en este año de denuncias por presuntas negligencias médicas**, muchas de ellas sobrecogedoras. Todos tenemos en mente, dos casos ocurridos durante el mes de Noviembre, y que pusimos en manos de la Fiscalía de Asturias. Uno, el de Vicente C., minero de 61 años de edad que **murió en el HUCA tras permanecer 20 horas en espera**, para una intervención urgente que eliminase un aneurisma en la aorta abdominal, tras haber sido derivado desde el Hospital Álvarez-Buylla. Podemos tildar lo ocurrido de surrealista a tenor de lo que sus familiares nos relataron, pues entendían que una vez muerto el paciente, el personal hizo el paripé de trasladarlo a quirófano para intervenirle de forma inmediata: *“Cuando invitaron a los familiares a la sala de espera, se supone que lo bajaron a quirófano, en mi opinión SIN VIDA, simulando una operación que, de haberla hecho, ésta se hizo sobre un cuerpo sin vida. Se hizo a destiempo, de manera fraudulenta y queriendo eliminar responsabilidades. La muerte le sobrevino a Vicente, casi con total seguridad, por un exceso de sedantes u otra medicación administrada por el personal enfermero ya indicado.”* El otro caso, es el de Esteban J., de 70 años de edad, que murió dos días después de recibir el alta hospitalaria en Cabueñes, producto de una infección que se le extendió por todos sus órganos. Su hija, **la actriz Beatriz Rico**, se lamentaba: *“Era una simple infección de orina. Le dieron el alta prescribiéndole unos antibióticos normales. Para mí, esto es un caso claro de negligencia”*. Según la autopsia practicada el hospital achaca a la gripe A, el motivo de su muerte, por lo tanto, de ser así, los protocolos de actuación fallaron.

Como coronación hemos de referirnos a otro asunto, en el que también tuvimos que recurrir a la Fiscalía del Principado, para solicitar ayuda en nombre de la madre de María L. G., avilesina de 26 años de edad, enferma de anorexia y con tendencias suicidas, y a la que no se la internaba en un centro adecuado para tratar su enfermedad, poniendo de nuevo al descubierto, las carencias de la hostigada sanidad asturiana que no cuenta en sus hospitales con unidades para el cuidado de este tipo de enfermos.



## 14. CANTABRIA (245 Casos).

### - Hospitales más denunciados:

- 1º Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla
- 2º Hosp. Sierrallana
- 3º Hosp. Comarcal de Laredo

### - Servicios y patologías más denunciadas:

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

La crisis económica escudriña la sanidad cántabra en detrimento del crédito, en cuanto a margen de mejora, que aún le queda, pese a la **política de recortes presupuestarios** que está deteriorando, a marchas forzadas, el Sistema Cántabro de Salud. La alerta se activó en Mayo, cuando fuimos conocedores del ajuste a la baja en los servicios y prestaciones hospitalarias que el Gobierno había planeado para los meses estivales, significando quirófanos cerrados, falta de contrataciones de personal sanitario y decenas de camas bloqueadas. Concretamente 70 camas en Valdecilla y 45 en Sierrallana. Si a esto, sumamos la anterior deuda pendiente del pago de facturas a los proveedores del SCS, la gestión y organización del sistema sanitario regional, nos muestra un recuento desastroso.

El presupuesto fijado para 2010 nos parece una nimiedad, al incrementarse sólo en un 0'57%, en comparación con 2009, lo cual denota que para el Gobierno Cántabro la sanidad no es una prioridad.

Con el telón de fondo de los **retrasos en la conclusión de los nuevos hospitales** de Valdecilla y Campoo, día tras día se han hecho públicas las **protestas de colectivos afectados por la falta de compromiso y las decisiones, encaminadas a la privatización**, de quienes gestionan la administración del SCS. No olvidemos que la gestión privada tiene como finalidad obtener buenos resultados a propósito de reducir gastos, por lo que de alguna forma, en Cantabria, se está condicionando a los profesionales para poder diagnosticar o recetar. De esta manera, las directrices hacia el sector privado han revoloteado con la **externalización de la unidad de archivos de Valdecilla**. Ante esta decisión, la lectura que algunos pueden hacer, como el Consejero de Salud, Luis Truán, es que sus trabajadores son unos **“vagos”**, por lo tanto a nadie sorprende el descontento de la Junta de Personal de Valdecilla, que insistentemente ha solicitado su dimisión. Truán defendió su apuesta por el bajo rendimiento y el alto índice de absentismo de sus trabajadores. Como protesta, el 21 de Mayo, secundaron una manifestación en relación a la morrocotuda postura del SCS, por la **privatización de las historias clínicas**, del turno de noche, de Valdecilla, y el inicio de un paralelismo, enderezado hacia la destrucción del empleo público y la calidad. Prueba de

ello, desde Abril, los historiales médicos están llegando con retraso a las consultas de Valdecilla y a veces confundidos.

¿Faltan médicos en Cantabria? Taxativamente sí. Si encima, la Administración se permite el lujo, de jubilar forzosamente cerca de 140 facultativos, mayores de 65 años, acogiéndose al Plan de Recursos Humanos de 2007, en lugar de hacer como otras comunidades y negociar condiciones para su continuidad, a lo que luego se añaden resoluciones judiciales que obligan a su readmisión, pero no se cumplen, la situación llega a ser indefendible. Lo preciso sería, finiquitar esta política de jubilaciones y de denegación de prórrogas hasta que los Tribunales se pronuncien para evitar que las listas de espera se incrementen. **Los especialistas que menos abundan son los anesthesiólogos.** De hecho, Sierrallana no dispone de éstos para realizar el trámite de sedación en la práctica de colonoscopias.

Otra de las razones del enojo, de los facultativos cántabros, es que desde Julio cobran menos de la productividad variable acordada en su día con el SCS, que se escuda en que los objetivos fijados en los contratos de gestión no se han cumplido, mientras que el colectivo médico se lo toma como otro modo de ahorrar dinero pues perseveran que los objetivos no están claros. En la misma vorágine de alboroto y desencanto, se han visto involucrados, tanto el personal del 061, como los servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), ante la persistente negativa del SCS a negociar una serie de reivindicaciones, principalmente organizativas, y no retributivas como la Administración quiere dar a entender.

Es notorio que la incisión de recortes está lacrando las zonas rurales de Cantabria. **El modelo de Atención Primaria es exhausto.** El panorama en verano fue devastador: una **veintena de consultorios médicos cerrados** (Villafufre, San Vicente de la Barquera, Bareyo, Puente Viesgo, etc.) disminución de días y horarios en atención médica, supresión de plazas de facultativos, decisión de no cubrir las vacantes generadas por las logradas vacaciones de sus profesionales, cambio del modelo de organización de las guardias médicas, etc. Y todo ello, traducido da como resultado la deshumanización y pérdida de la calidad asistencial del SCS. El cierre del centro de salud de Cueto ha sido vergonzante, al tratarse de un área de Santander en plena expansión, que en breve alcanzará los 13.000 habitantes. Si a esto le agregamos la cobertura a otros 11.000 de Valdenoia, el efecto debería ser todo lo contrario, es decir, una ampliación a corto plazo al objeto de fortificar los servicios sanitarios a los ciudadanos de las proximidades.

Cambiando de tema, pasamos a la evaluación de **las listas de espera, que son el atuendo desquebrajado del SCS. Sus cifras siguen de cerca a las de Galicia y Canarias**, que son las peores de España, y apenas se valúa un ligero descenso con respecto a 2008. Los datos ofrecidos por la Administración contemplan un total de **12.296 pacientes en espera de intervención quirúrgica**, pese a que se desviaron unos 3.000 a la sanidad privada. Los servicios de traumatología y ginecología, como es la tónica habitual, son los más perjudicados. No menos agoreras son las estadísticas de demora con el especialista y para pruebas diagnósticas: 40.000 personas esperan en Cantabria para pasar consulta con el especialista, aguardando una media de 53 días. Así,

por ejemplo, el tiempo para someterse a una mamografía o a una colonoscopia puede elevarse hasta los 180 días.

Por eso, estas cifras siempre son engañosas, recogen datos globales y en muchas ocasiones no se ajustan con la realidad. Hablamos de la experiencia de Eusebio G. G. que **falleció** este año, a los 68 años de edad, **por culpa de la lista de espera**. Desde hacía años padecía cáncer de riñón y había sido operado, realizándole controles rutinarios, hasta que empeoró y en Sierrallana le hicieron un escáner. La prueba había sido prescrita por su médico de familia pues supuestamente tenía un catarro mal curado, y en Octubre de 2008 se la realizaron. Pero no le dieron los resultados hasta Enero de 2009. Su hijo Borja se dirigió a nosotros así de abatido: *“Y así llegamos al 22 de Enero y mi madre acompañó a mi padre a su doctor, el cual, con el escáner en la mano le mandó al baño para recoger una muestra de orina y sin que él se enterara le dijo a mi madre <<Señora, su marido tiene una metástasis terminal por todos los pulmones y medio cuerpo, está muy mal, vayan urgentemente a Sierrallana>>. En el hospital poco pudieron hacer dado el estado tan avanzado de la metástasis, llegando el día 12 de Marzo, fecha en la que falleció mi padre. Según los neumólogos, ya no se podía hacer nada. ¿Por qué si el escáner de Octubre era tan desastroso esperaron 4 meses para darle esos resultados?!”*

Y es que **la lista espera en la Comunidad hace estragos con secuelas irreversibles** para los pacientes o como en el caso anterior son origen de un fatal desenlace. Al igual que el dictamen, de una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, hecha pública en Junio, y que condenó al SCS a indemnizar con 60.000 euros a los hermanos de un paciente al que le amputaron la pierna tras un año en lista de espera, por el hecho de no haberle realizado ningún seguimiento oncológico durante ese tiempo, a pesar de sufrir un carcinoma que finalmente le condujo a la muerte.

Además se da la circunstancia, que cuando el SCS ha elaborado planes para la reducción del número de pacientes que engrosan las listas de espera, ha salido a relucir su descoordinación, como lo que ocurrió un fin de semana de Agosto en el Hospital de Liencres, donde ya desde 2008, se vienen realizando programas extras durante los Sábados y los Domingos. De este modo, **24 pacientes que habían sido citados para ser operados de cirugía de la mano, se tuvieron que marchar a sus domicilios sin ser intervenidos, al no comparecer los diferentes equipos quirúrgicos**. Aunque el SCS reconoció el fallo, entendemos que fue una tremenda falta de respeto hacia los pacientes, que en día festivo y de temporada alta, seguramente que les hubiera gustado estar disfrutando de la playa o haciendo lo que les viniera en gana.

Ante el alcance que está adquiriendo las listas de espera, recientemente el SCS se ha marcado reducir las listas de espera a 10.000 pacientes, anunciando que en 2010 la **‘Ley de Garantías Sanitarias de Tiempos Máximos de Demora’**, garantizará por ley el derecho de los pacientes a ser operados en 120 días, en lugar de 180 días. Para avanzar, los dirigentes sanitarios han manifestado que se están fijando en Castilla-La Mancha, que según ellos, es una de las comunidades que mejor gestiona las listas de espera. Disposición que desde nuestro punto de vista no nos parece acertada, porque la

comunidad manchega efectivamente es de las mejores, pero en el arte de maquillar los resultados. ¿Qué trampas utiliza la Ley de Garantías que ofrece el SESCAM y que probablemente las exporte el SCS? En ocasiones no incluyen al paciente en lista de espera hasta que no pueden garantizar la operación. Otras veces el médico da largas en sucesivas visitas hasta fijar el día de la intervención, a partir de aquí, enmascarando fechas, es cuando el paciente entra en una la lista de espera, comúnmente conocida como “sumergida”, donde el tiempo pasado no cuenta. Por lo tanto, es muy probable que sí, que los próximos parámetros del SCS ofrezcan la reducción a los 10.000 pacientes marcados como reto, pero que los ciudadanos cántabros entiendan el por qué.

También tuvo bastante trascendencia, la sentencia que dimos a conocer en Abril, tramitada por nuestros servicios jurídicos, por la cual, se condenó al SCS por la **muerte de un paciente de 55 años**, que fue **científico en Chernobil**, debido a que no se tuvo en cuenta sus antecedentes de exposición a la radiación y no se diagnosticó y trató correctamente el carcinoma de pulmón que sufría. El Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, condenó al Servicio Cántabro de Salud, al pago de una indemnización de 93.166 euros a la viuda del paciente, que en resumen fue diagnosticado tardíamente de cáncer.

#### **15. BALEARES (201 Casos).**

- Palma de Mallorca 130
- Ibiza 44
- Menorca 23
- Formentera 4

#### **- 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 Ginecología y obstetricia
- 4º Urgencias
- 5º Oncología

Marejada en la sanidad balear, con tres frentes de combate abiertos por encima de otros asuntos: el **enfrentamiento duradero** entre el IB-SALUT y el colectivo médico y de enfermería, la **desigualdad** existente entre los ciudadanos de las diferentes Islas a nivel de prestaciones de los servicios sanitarios, y tercero y último, la **imposición por decreto del catalán** a los profesionales sanitarios de Baleares.

Desmigando los contenidos señalados, durante 2009, no ha parado de circular por el boca a boca, de todo el mundillo que trabaja o depende del IB-SALUT, dos términos ya muy familiarizados: “**¡Conflictividad Permanente!**”. El quid de la cuestión, del desplante entre la Conselleria de Salut i Consum y sus profesionales viene

originado por el **incumplimiento del Govern de los compromisos firmados el pasado año** y los recortes salariales que se avecinan. Es cierto, que este clima irrespirable viene de atrás, arrastrado desde la huelga de facultativos en 2008, donde éstos reivindicaban mejoras laborales, que a la postre, como decimos, no se han ejecutado. Los ánimos están muy caldeados del lado de los médicos, contra el Conseller de Salut, Vicenç Thòmas. Se sienten ninguneados, por los obstáculos con los que se encuentran, tras haber conseguido una plaza fija y un salario digno, fundamentalmente, porque muchos de los acuerdos adquiridos, hace tiempo, con la Administración se han incumplido. Hay muchos fondos pendientes que ya estaban pactados, como la paralización del pago de la carrera profesional, la escasez de presupuesto para la contratación de sustitutos o el incremento de la hora de guardia médica. Es más, este último punto, no sólo fue la clave para saldar la huelga de 2008, sino que el pago de las guardias, ha brillado por su ausencia en 2009, y veremos si en Enero de 2010, como ha prometido el Conseller se produce. Pero este cúmulo de desvaríos, suma y sigue, con la fidelización de los galenos de Menorca e Ibiza, que de forma habitual abandonan sus plazas, en busca de mejores opciones en la Península, imposibilitando la contratación de nuevos facultativos.

La gestión sanitaria del Conseller, se nos antoja que será un legado imperecedero de promesas incumplidas.

Reseñemos para poder entender este maremagno que Baleares, de cara al año venidero, se colgará la **medalla de oro en el recorte de la Sanidad**. Al respecto, la política que promulga Vicenç Thòmas es clara, lo notará el personal sanitario, por las razones ya apuntadas, pero afirma que por el contrario la calidad asistencial a los pacientes no se verá afectada. Es inconcebible y pocos lo entienden, cuando es la comunidad autónoma que en mayor porcentaje, descenderá su presupuesto, un 6'9%. Como siempre, la excusa fácil a esta decisión, es culpar al endeudamiento por la mala gestión, en la construcción de infraestructuras hospitalarias, del partido que anteriormente estuvo en el poder.

Otro de los puntos latentes en la sanidad balear son las **discordancias en la atención sanitaria que padecen los ciudadanos de las Islas**. Menorca tiene un mínimo de 7 unidades hospitalarias y 12 médicos especialistas menos que las Pitiüses. Nos referimos a la distribución de recursos y centros en Baleares que obliga a que determinados pacientes, que requieren ser intervenidos o se encuentran en situaciones graves, tengan que ser trasladados desde Menorca, Formentera o Ibiza, a Son Dureta, que es el hospital de referencia en Palma. Lo más gravoso, es la falta de diálogo del Conseller de Salut, que no contesta nunca o no quiere saber nada de las reclamaciones que le hemos planteado, sobre esta situación. Con esta actitud, Thomàs merece que se le aplique, una ilustre frase de Miguel de Unamuno que decía: ***“A veces, el silencio es la peor mentira”***. Parece ser que no le interesa que el Mateu Orfila de Menorca carezca de UVI para neonatos, de servicios de radioterapia o insuficiencia cardiaca, de un cirujano vascular, de un neurocirujano, en definitiva de tres especialistas por unidad, y como consecuencia exista un continuo trasiego de pacientes a Mallorca, cuando en muchos casos la atención ha de ser inmediata y se puede poner en riesgo la vida de muchos de ellos. De hecho, fue sonada la muerte en Febrero, de Roser S., de 30 años de edad, que durante una intervención, en el Mateu Orfila, para extirparle un quiste de ovario, surgió un imprevisto al seccionarle por error una arteria vital, y hubo de ser trasladada a Son Dureta en helicóptero a donde llegó desangrada y ya nada se pudo hacer. Por lo tanto, es una evidencia, que el hospital de Menorca no cuenta con los

medios adecuados para poder proceder ante cualquier eventualidad que pueda originarse de una simple intervención, y que como hemos podido constatar puede desembocar en tragedia. **A los menorquines se les trata como ciudadanos de segunda.** La confirmación fue la sustitución del helicóptero de urgencias por una **avioneta**, que es un transporte mucho más lento, pero sin embargo, a Ibiza, el Govern sí le concedió el helicóptero.

Coloquialmente hablando, da la sensación que en Baleares, los ciudadanos de Mallorca tienen derecho a ser atendidos en un hospital, pero **la atención que recibe el resto, de las otras Islas, es más propia de ambulatorios.** Mientras el Govern no cree helipuertos en los grandes hospitales de Baleares continuarán sucediéndose este tipo de desavenencias.

Siguiendo analizando los problemas base, nos encontramos con la confusión, a la que están sometidos tanto los profesionales sanitarios como los ciudadanos en general ante la aplicación del decreto que sistematiza la **imposición del catalán en la sanidad pública como requisito**, y no como un mérito que es lo que pretenden los sindicatos médicos y de enfermería. Es intolerable, que a raíz de esto, el personal sanitario que trabaja en el IB-SALUT pueda perder su trabajo en un plazo de dos años, y por consiguiente, otros profesionales abandonen o no quieran ir a desempeñar sus funciones a Baleares. Es una incongruencia total, dar mayor relevancia a cuestiones lingüísticas e intereses políticos que a lo que realmente importa.

Otro tema en el disparadero, son las **dudas sobre la continuidad de las obras del Hospital de Son Espases**, después de que en Junio, el Tribunal Superior de Baleares negase la legalidad de las licencias de las obras, del que pretende ser el buque insignia de la sanidad balear, por la nulidad inicial decretada sobre la reforma del plan urbanístico de Palma. Al respecto, Thòmas, no contempla la paralización de las obras, escudándose en los servicios jurídicos del Govern que presentaron un recurso de súplica ante el Tribunal, de modo que según sus cálculos el hospital estará finalizado para Octubre de 2010.

Al igual que en otras comunidades, **las listas de espera**, que maneja Vicenç Thòmas, **son una farsa**, básicamente por la **falta de transparencia en el cómputo** cuando un paciente ha de ser incluido en ellas. En Baleares, tranquilamente puede transcurrir 1 año, desde que el paciente acude a la primera consulta, hasta que es operado. El tiempo puede dilatarse, meses y meses, entre cita con el especialista, prescripción de pruebas diagnósticas, obtención de resultados y programación de la intervención.

El baile de **cifras de las listas de espera**, ha originado un devenir a la **gresca entre el partido gobernante y la oposición**, sobre si los datos son reales o están maquillados. La oposición ha venido acusando al Conseller, de haber ocultado desde hace dos años la información relativa a las listas de espera en consultas externas y para pruebas diagnósticas. Pero es que el Govern, de igual forma, les inculpó que durante su mandato eran ellos los que no dieron información fidedigna. En este sentido, Thòmas se puso en liza, negando el oscurantismo del que se le tachaba e informó de 26.194 pacientes en espera de visita con el especialista y otros 16.877 para pruebas diagnósticas. Así, la espera media para consulta de especialista en los hospitales de Baleares es de 31'8 días y para prueba diagnóstica 30'6 días. Como contrarréplica la

oposición no ha dado verisimilitud a los valores, argumentando que se han acicalado. ¿Quién dice la verdad? ¿Cuánto hay de real en los dígitos? La conclusión a este enredo se resume en que **las listas de espera en Baleares están politizadas**. Ahora, la duda recae sobre el tejado de la Conselleria de Salut i Consum.

Para intervenciones, los últimos números que se han ofrecido, revelan que en la actualidad son **12.326 pacientes los que se encuentran en espera quirúrgica**, lo que supone un aumento de 800 pacientes más que en 2008, aunque para quitar hierro al asunto, el IB-SALUT presume de que el 80% de éstos no esperan más de 90 días para ser operados. Las especialidades en las que es mayor el tiempo de espera son por este orden: cardiología, ginecología y obstetricia, neurología y dermatología.

Los peores datos de lista de espera obran en poder de Ibiza, y concretamente en el Hospital de Can Misses, donde el tiempo de demora para el especialista a veces puede doblar o triplicar el de Son Dureta. Entre cita y visita puede haber un retraso de 46 días, cuando en el hospital de Palma la media se reduce a 18 días. Aunque hay consultas, como en cardiología y neumología, que en Can Misses, se pueden alargar hasta los 8 meses, por la falta de especialistas esencialmente. Esto mismo, pero por un conflicto al reducir las peonadas, ha ocurrido en Son Dureta, en el servicio de cirugía vascular, donde se han elevado considerablemente, las listas de espera para intervenciones de varices.

Al hilo de lo anterior, la falta de especialistas en medicina de familia, cardiología, pediatría, ginecología y anestesiología, es lo más generalizado en el ámbito de profesionales sanitarios de Baleares. Y es que el Plan de Ordenación de Recursos Humanos aprobado por el IB-SALUT levanta muchas incertidumbres, al **imponer la jubilación forzosa a los 65 años**, de manera incomprensible, ya que impide poder trabajar hasta los 70 a todos esos facultativos que gozan de buena condición física, máxime cuando la falta de especialistas es ostensible. **Can Misses, una vez más es el hospital que más sufre esta precariedad**. Como decíamos su servicio de cardiología se encuentra en paradero límite, con sólo dos cardiólogos para dar cobertura a una población de 125.000 habitantes, a lo que hay que añadir que en Formentera tampoco existen especialistas de esta patología. Por eso, ante la falta de cardiólogos se ha tenido que recurrir a especialistas de medicina interna para atender las primeras visitas, y para más inri, probablemente, dentro de poco, Can Misses podría quedarse con un solo oncólogo. Todo ello, ha desencadenado que **la Junta de Personal del área de salud de Ibiza y Formentera se encuentre en estado de rebeldía y desmotivación**, por la falta de comunicación con la gerencia, que hace oídos sordos a la falta de contrataciones de médicos, no sólo en cardiología y oncología, sino además en Urgencias, en la Unidad de Hospitalización a Domicilio y en los centros de salud.

Por otro lado, la **Atención Primaria se encuentra sobrecargada** de pacientes y hoy por hoy, no es posible garantizar una cita en 24 horas. **Los médicos de familia cuentan con una media de 1.700 tarjetas sanitarias**, atendiendo en ocasiones, 50 pacientes diariamente, en zonas de Mallorca como Felanitx y Sineu.

También de importante trascendencia fueron otros temas como la detención de la directora y la jefa de enfermería del geriátrico Crist Rei en Inca por un presunto delito de malos tratos a los internos y falsificación de recetas; el caso de Rosa A. que dio a luz en Urgencias del Canal Salat de Ciutadella por la indecisión de los médicos de

trasladarla en UVI móvil o en ambulancia al Mateu Orfila; la condena del Juzgado de Primera Instancia de Palma a un ginecólogo de la Clínica Miramar al pago de más de 350.000 euros por las secuelas ocasionadas a una niña en el momento del parto; el incumplimiento del Govern del compromiso de desarrollar el Plan de Salud Mental, etc.

Como guinda a la destantalada situación que padece la sanidad balear, pondremos sobre la mesa, las circunstancias del fallecimiento de María Luisa M. P., el pasado 5 de Junio. Acudió a **Urgencias de Son Llätzer**, acompañada por su familia, al encontrarse mal y le diagnosticaron una bajada de tensión, recibiendo el alta hospitalaria seguidamente. Ese mismo día, por la noche, al persistir el malestar, sufriendo fuertes dolores, hinchazón de cuello y no poder respirar, su hija decidió llevarla a Son Dureta. Allí sólo le suministraron un calmante pulmonar y decidieron dejarla 4 horas en observación, tiempo en el que la familia retornó a su domicilio. Pero sorprendentemente, cuando su yerno, fue de vuelta al centro para recogerla, ocurrió lo que su hija Milagros nos detalló: *“Cuando mi marido se dispuso a ir a recoger a mi madre, no tuvo la necesidad de entrar en el edificio; sí, como lo oyen, se la encontró de pie, en el parking, con los informes en la mano, pues ya le habían dado el alta, pues según ellos no tenía nada. Ni siquiera la tuvieron dentro esperando a que fuésemos a recogerla. Un trato muy poco humano.”* De camino al coche, seguía encontrándose mal, con dolor en costado y apenas pudiendo caminar, por lo que su yerno la dejó dentro del coche y decidió entrar adentro para hablar con el médico, el cual, le insistió en que si seguía así se tomara las pastillas prescritas. Al volver otra vez al coche, ya era tarde, estaba muerta. *“Mi marido salió corriendo para buscar un médico. Cuando entró tardaron en reaccionar, parecía que no creían lo que les decía; es más, luego le confesaron que creían que era una broma. Finalmente, cuando atendieron a mi madre, poco se podía hacer ya. El médico que le acababa de dar el alta no daba crédito a lo que estaba ocurriendo delante de sus narices, por lo visto no se habían hecho todas las pruebas necesarias o no se le tenía que haber dado el alta “tan alegremente” a una persona que no paraba de quejarse.”*, puntualizó Milagros.

## **16. NAVARRA (72 Casos).**

### **- Hospitales más denunciados:**

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

### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

Como prolegómeno, lo que circunda en la sanidad foral, es que se encuentra en horas bajas. Su estirpe dorada se difumina, al igual que en Cataluña. **Las medidas para la gestión válida de los recursos han sido deficitarias.** Mientras, la inefable Consejera



de Salud, María Kutz, sonríe como un peregrino, con su mochila al hombro, ensimismada en decir que todo bien y que no hay razón para politizar la sanidad.

**La línea impresa es economicista y de recorte, basada en el control del gasto.** Como decimos, Kutz se encuentra abstraída, en una **política de ladrillo** de cara a los diez grandes proyectos del departamento de Salud para 2013: el Pabellón C del Hospital de Navarra, el Centro de Investigación Biomédica, las nuevas Urgencias Materno Infantiles del Virgen del Camino, el nuevo centro de especialidades de Tafalla, la reforma quirúrgica del Hospital de Tudela y de la Clínica Ubarmin, creación de unidades de fertilidad, etc.

Con todo este despotismo constructor y megalómano, la Consejera, puede llenarse la boca con términos como *“innovación, investigación, sostenibilidad, futuro asistencial o garantía de modernización”*, alardeando de tratarse del *“mayor movimiento de renovación de infraestructuras sanitarias en décadas”*, pero se está olvidando de que hay que dirigir la acción pública a la conquista de los grandes objetivos, mediante una financiación adecuada.

Da la sensación que a Kutz el cargo le viene grande, porque no se entera, o no quiere enterarse, de los problemas realmente importantes: listas de espera, retrasos en la obtención de diagnósticos, falta de personal y recursos humanos, pocas prestaciones en fertilidad, deficiente salud mental, cierto tufó a privatización de los cuidados paliativos y servicios de psicogeritaría de algunas Residencias, etc.

**El punto álgido de OSASUNBIDEA son los servicios de urgencias rurales (SUR)**, ya que la situación en muchos municipios es de juzgado de guardia. Tristemente, en 2009, dichos servicios pasarán a los anales de la historia de la Comunidad Foral de Navarra, por lo acontecido en la atención médica a dos vecinos, de **Goizueta y Arano**, respectivamente, donde ha quedado en evidencia, a raíz de la multitud de críticas suscitadas, la **pésima planificación en la atención de las emergencias** que pueden derivarse en zonas, que por su orografía, tienen un acceso complicado para ser derivadas a Pamplona.

Si de entrada Navarra cuenta con localidades como Sangüesa, donde los puntos de atención continuada (PAC) se han visto recortados en personal durante las guardias nocturnas, sin un criterio consensuado, relegando la atención a un solo médico y dos enfermeras, hay otras zonas mucho peor, que ni siquiera están englobadas dentro de los SUR y que deberían incluirse en ellos, como Goizueta, Arano, Arriba-Atallo, Cabredo o Urdax-Zugarramurdi, donde **las guardias son a distancia, sin presencia física**, debido a las complicaciones de llegada por las características geográficas, por lo que ante la falta de médicos, la asistencia en la mayoría de estos sitios se presta desde Leitza. De ahí, como apuntábamos, se derivaron los dos casos anteriores, que son meros ejemplos de que cuando surge una tesitura de urgencia vital en estas zonas, **es imposible poder atenderlas en un tiempo eficaz**, y también entre otras razones, por las dificultades de utilizar el helicóptero para el traslado de pacientes, en el turno de noche o en días de niebla. En Septiembre, en Arano, una mujer sufrió un infarto cardiaco por lo que tuvo que ser reanimada por el enfermero de guardia de Goizueta hasta que la doctora de Leitza pudo desplazarse hasta el lugar, pero desafortunadamente, tras 1 hora de tortuoso viaje por las carreteras, cuando llegó ya había fallecido. Pocos días después, un hombre de Goizueta resultó herido de gravedad a consecuencia de una explosión de gas y hubo

de ser evacuado en ambulancia al Hospital Donostia en Gipuzkoa, debido al convenio que existe el Gobierno de Navarra y OSAKIDETZA. Lo grave en ambos casos, es que pese a que en 2008 se construyó un helipuerto en Goizueta, **los sistemas de emergencia fracasaron** simultáneamente. ¿Por qué no se utilizaron los recursos sanitarios trasladando a los enfermos en helicóptero a Pamplona? Esa es la cuestión, sin embargo, es indiscutible que el helipuerto del Hospital de Navarra permanece cerrado desde hace meses a causa de las obras en el recinto hospitalario y así es normal que ocurran estas cosas.

Resulta asombroso, tener que llegar a situaciones en las que se pierden vidas humanas, y que Kutz, con su dicción pausada, ni se inmute, a sabiendas de que el personal de la Zona Básica de Leizta lo ha venido advirtiendo desde hace bastante tiempo. Incluso los vecinos de estos municipios, se han movilizado con una campaña de recogida firmas, por no disponer de un médico de urgencias, en horario de 3 de la tarde a 8 de la mañana.

Como resultado, la organización de los servicios de urgencias rurales puesto en vigor el pasado año no ha servido de mucho. **Se han creado 120 nuevas plazas de médicos de urgencias rurales**, pero su distribución está en tela de juicio, pues no se aprecian soluciones. Por lo tanto, urge la creación de un método de reactivación de todas las zonas, para evitar llegar a extremos como en las consultas de Urgencias del Virgen del Camino, que en verano, por la sobrecarga de trabajo (producto de la falta de personal por traslado a urgencias rurales), los facultativos decidieron cerrar una de sus consultas de atención de patologías menores, en horario de mañana, de nuevo todo por una aciaga gestión de la Administración en la adjudicación de plazas de médicos a urgencias rurales y la mengua de plantilla en dichas Urgencias. Tampoco basta el ensalzado curso de reciclaje para conseguir profesionales, pues solamente se han conseguido 8 médicos para atención primaria. Quizás el problema viene de más abajo, puesto que **Navarra**, junto a Andalucía y Galicia, **ostenta las peores retribuciones de médicos rurales de las distintas comunidades autónomas**. El sueldo base es el mismo en todas ellas, salvo en la comunidad foral, un 60% superior pero sin trienios.

La desigualdad en la atención médica de la que disponen los pacientes navarros, dependiendo del lugar de residencia es abismal. En algunos núcleos urbanos los servicios de urgencias, como los centros de primaria están al alcance de la mano, muy por el contrario de lo que ocurre en las zonas rurales, a más de 50 kilómetros, donde el reparto del trabajo está sobresaturado. Por ello, **es muy complejo encontrar sanitarios que quieran ser destinados a los centros de atención primaria rurales**.

Sucede que la falta de médicos en la Comunidad Foral es una realidad. Una de las medidas adoptadas por Kutz es un concierto con la Universidad de Navarra, pues resulta dificultoso implantar Medicina en la universidad pública, pero varios sectores han abierto una polémica dudando de la necesidad del convenio. Los colegios profesionales ya se han apresurado a cifrar que aproximadamente dentro de una década, se precisarán 450 facultativos para dar salida a las necesidades. Este testimonio es una clarividencia: ***“Soy un pediatra navarro en Portugal. En el país luso somos 3.000 médicos españoles, con un sueldo base el doble que en Navarra, y cobrando a 60 euros la hora guardia. Vivimos en España pero trabajamos en Portugal, porque aquí o en cualquier país de la UE somos mejor tratados y valorados”***.

Otro de los devaneos son las **opacas listas de espera**. Los datos que OSASUNBIDEA ofrece, son **7.312 pacientes en espera quirúrgica** con una demora media de 55 días para ser operado. Traumatología y oftalmología, son las patologías que aglutinan el mayor número de enfermos. Para consulta con el especialista, son 23.228 los pacientes que están a la espera, con una media de 21 días para tal fin, siendo dermatología la especialidad más numerosa en recuento de pacientes. Sinceramente, nos cuesta una barbaridad creer que como dice la Consejera “... *en todas las especialidades la espera máxima es de 21 días*”. ¿En qué se basa para dar estos resultados? ¿Qué criterios se siguen en la sanidad foral para contabilizar las listas de espera? De ser ciertos los “21 días” estaríamos hablando de una demora similar a la que a día de hoy puede llegar a ofrecer un seguro privado. En el Defensor del Paciente, algunas madres nos han denunciado esperas de 2 meses para que el pediatra vea a sus niños.

De interés también han resultado otros problemas como la reciente suspensión de la atención sanitaria, por parte del Hospital de Calahorra (La Rioja), a pacientes navarros de localidades cercanas al centro calagurritano (Andosilla, Cárcar, Lodosa, etc.), a donde acudían para consulta con el especialista y a veces para ser intervenidos. Aunque no existe un concierto con el Servicio Riojano de Salud, desde 2001, son unos 5.000 navarros los que se beneficiaban al año y ahora tendrán que ser atendidos en el García Orcoyen de Estella.

### **17. LA RIOJA (52 Casos).**

#### **- Hospitales más denunciados:**

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

#### **- Servicios y patologías más denunciadas:**

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

El aura que envuelve la sanidad riojana destila un **cierto aroma a privatización** que nos desagrada. El Servicio Riojano de Salud, visto y no visto, se ha convertido en un **filial del modelo de gestión del madrileño o del valenciano**, con la externalización de algunos de sus servicios, que ha despertado toda serie de dudas y críticas entre el personal sanitario y los pacientes, porque el negocio y la calidad, dentro del ente público, son difíciles de compaginar.

Desglosando algunos de los servicios que desprenden esa esencia privada, podemos empezar por la queja, en la primera mitad de año, de los radiólogos del Hospital San Pedro por la privatización del equipo público de **TAC y resonancia magnética**, al estabilizarse, por parte del SERIS, una unidad de estos servicios radiológicos, concerniente a una empresa privada, en el parking del hospital. Estos especialistas firmaron un comunicado, en el que manifestaban ser víctimas de una

privatización innecesaria y sin totales garantías, mostrando su desacuerdo porque desde hacía más de 2 años el funcionamiento del TAC público se encontraba inutilizado. La apertura, de la tan esperada, **unidad de fecundación in Vitro** en el Hospital San Pedro, también ha generado el desconcierto entre lo público y lo privado, en la parcela de la ginecología, puesto que los convenios con entidades privadas se han seguido manteniendo. Otra polémica suscitada, dentro del ámbito de las externalizaciones, ha sido con la especialidad de cardiología. Refrescando la memoria, recordemos que La Rioja y Cantabria, estamparon un acuerdo, por el cual, unificaron criterios para trabajar en estrecha colaboración, con el fin de coordinar los trasplantes de hígado, corazón y pulmón. Pues bien, el problema ha surgido, según denuncia de los facultativos de la Fundación de Calahorra, por la **inexistencia de un protocolo de valoración del estado de gravedad, mayor o menor, de los enfermos cardiológicos**, para poder determinar si se les deriva o no al Marqués de Valdecilla (Santander). A raíz de todo esto, se ha originado, que pacientes graves, como una señora de 78 años, con un aneurisma de aorta, en lugar de derivarla a Cantabria, fuese remitida, como ha sucedido con muchos más casos, a la clínica privada Los Manzanos de Logroño, que por ejemplo, no reúne las condiciones primordiales de cuidados intensivos o padece deficiencias de especialistas. Es incomprensible, que tras la gran inversión acometida en 2007, en el centro hospitalario de Calahorra, se deriven pacientes a Los Manzanos, pues supone un gasto bastante elevado. Otra muestra es que hace poco, ambas han llegado a un acuerdo para tratar a los pacientes urológicos, en beneficio de las arcas de la privada y en contraposición de enviarlos a la sanidad pública.

Y hablando de la **Fundación de Calahorra**, cabría aludir, que **sus trabajadores son los menos agraciados de la sanidad riojana**, por el agravio comparativo con el resto de profesionales, en base a que sus remuneraciones son las más bajas, de igual modo que sufren mayores limitaciones en los permisos y licencias.

Lo de las listas de espera es demencial. Normalmente las comunidades que ofrecen datos de esta ralea lo hacen de manera ataviada, que ya es grave, pero más arduo aún nos parece que **no se facilite información para conocer las listas de espera**, pues es una violación gratuita de los derechos de los ciudadanos riojanos. Por lo tanto, como en esta materia **el oscurantismo es total por parte del SERIS**, no podemos hacer una comparación nivelada con otras comunidades. A pesar de ello el Consejero de Salud, José Ignacio Nieto, de vez en cuando, cuando se le pregunta por ellas, ha seguido faroleando de los 40 días máximos de demora para intervenciones quirúrgicas, lo cual nos resulta un tanto patético, pues es el mismo lema que viene empleando desde 2007. Creemos que no hace falta volver a recalcarlos y explicar las argucias que utiliza la Administración para poder fijar estos plazos. Lo que es innegable, es que la mayor parte de las reclamaciones que hemos recibido en lista de espera para consulta con el especialista, han correspondido a ginecología.

En cuanto a **la Atención Primaria, cada vez es más ramplona**. El apunte, es que diversos colectivos médicos, han solicitado, en multitud de ocasiones, la dimisión de Manuel Ruiz, el director del área de Atención Primaria y el 061 del SERIS, como resulta de las jornadas de 31 horas seguidas que han tenido que desempeñar muchos de ellos, sin que desde la Administración, se optimicen recursos para contratar mayor número de personal y con la desventaja añadida de oponerse a la negociación de solicitantes de otras comunidades. Incluso se han producido situaciones rocambolescas,

en las que se ha obligado a los propios MIR a pasar consulta, en especialidades como pediatría en los centros de salud.

Muchos de estos **consultorios de Logroño están hasta los topes**, como consecuencia de la **escasez de médicos de familia y personal de enfermería**. La congestión, sobre todo, la sufren los centros de Labradores, Espartero y Joaquín Elizalde, por lo que apresura la construcción de nuevos ambulatorios para dar salida a la demanda de los pacientes, especialmente en las barriadas de El Arco, Yagüe y Valdegastea. Idéntica acción ha de ser transmisible a zonas como El Campillo y La Guindalera.

La comunidad riojana, no es de las más críticas en relación a la falta de médicos, pero como en todas, enmendarla es una de sus prioridades, máxime cuando el 36%, de los especialistas que trabajan en la región, supera los 50 años de edad. Los facultativos, que en mayor número se precisan, son los pertenecientes a las especialidades de **anestesiología, medicina interna**, y mayormente, **pediatría**, donde sus médicos tienen en cartilla más de 1.200 niños, que supone una de las cifras más elevadas de todas las regiones de España. Además, para cubrir algunas plazas desprovistas, el SERIS ha recurrido al Servicio Público de Empleo para la contratación de galenos en el extranjero de diferentes ramas: farmacología clínica, estomatología, análisis clínicos, nefrología, medicina del trabajo, etc.

No podemos dejar en el tintero, otras muchas necesidades, ante las cuales, el Gobierno de La Rioja debería abordar una substancial inversión: aumentar y mejorar la atención a los enfermos crónicos, creación de plazas de residencias y centros de días para dependientes, incrementar las prestaciones para tratamientos de infertilidad, garantizar una segunda opinión médica, perfeccionar la dotación de las ambulancias, pulir la formación de los médicos residentes, etc.

Como tampoco podemos dejar entre renglones, el alboroto que se generó en Mayo, a causa de las demandas de los ocho adjuntos del servicio de hematología del San Pedro que ponían en duda la práctica del inicio de los trasplantes de médula, en el hospital, por no reunir las condiciones adecuadas, ante la falta de enfermeras en el turno de noche, o la necesidad de un hematólogo de guardia permanente. Desde El Defensor del Paciente, nos vimos en la tesitura de instar a Nieto para la adopción de medidas.

Para concluir, hemos de lamentarnos, al igual que con Castilla-La Mancha, en el hecho de que los medios de comunicación y agencias de noticias de La Rioja, no den la cobertura o la importancia que merecen este tipo de asuntos, y se hace necesario, pues gracias al conocimiento de este tipo de temas por la prensa, se podrían subsanar y evitar muchos problemas. Aunque no podemos asegurar los motivos podemos presuponerlos.

Prueba de ello fue la escasa repercusión de una Sentencia, de Noviembre, del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, que condenó al SERIS a indemnizar, en la ridícula cantidad de 20.000 Euros, a la familia de Miguel V. G., que **falleció a los 43 años edad, como consecuencia de un cáncer de digestivo por culpa de una pérdida de oportunidad terapéutica en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro**. Dice la Sentencia, coincidiendo con el criterio esgrimido en su Dictamen por el Consejo Consultivo de La Rioja, que: *“la realización de una nueva revisión vía endoscopia no era algo que tuviese que solicitar el propio paciente, sino que la misma tendría que*

*haber venido indicada por quien trataba al paciente*". El fallo indemnizatorio del TSJ de La Rioja es una burla hacia la familia. La valoración de la vida de un hombre joven y sano es vergonzosa por su parte, con el agravante de que ni siquiera justifica el por qué de conceder esa cantidad. Si comparamos la resolución con otra sentencia del mismo mes, en la que un chico es indemnizado con 50.000 euros por la pérdida de un testículo, entendemos que sobran los comentarios.

## **18. CEUTA y MELILLA (14 Casos).**

- Ceuta 8
- Melilla 6

Ceuta y Melilla y bajan el telón de la sanidad española. El escaso número de pacientes ceutíes y melillenses que se dirigen a nuestra Asociación para denunciar cualquier problema médico sanitario, no es óbice para recordar que **la sanidad pública de Ceuta y Melilla es la asignatura pendiente, por excelencia, del Ministerio de Sanidad**. Son las únicas autonomías que gestiona directamente el Estado, por medio del INGESA, ya que no cuentan con las competencias transferidas. Las deficiencias más notables se reflejan en la **falta de abordaje de la presión asistencial**, que soportan ambas ciudades, muy por encima de la media peninsular. Básicamente por la atención a la población marroquí colindante, junto con la **falta de recursos humanos y materiales**, que conlleva además que el personal sanitario esté sobresaturado.

La **Atención Primaria, es la gran damnificada del INGESA**, y especialmente la ceutí. La rebelión de su personal sanitario lo ha puesto de manifiesto durante 2009, con continuas muestras de desaprobación por una gestión desarbolada, que la está abocando al **desmantelamiento**, por la falta de contrataciones y mejoras de las condiciones laborales que origina una colosal sobrecarga laboral. La situación se ha hecho insostenible desde principios de Octubre, y como reacción, los facultativos y el personal de enfermería han llevado a cabo manifestaciones de 5 minutos a la entrada de los centros de salud, como en el de Tarajal o en el de Otero, reivindicando, entre otras peticiones, el aumento de plantillas, 10 minutos de atención por paciente, contrataciones durante las bajas médicas, la creación de un cuarto centro de salud o jornadas de 35 horas semanales para igualarse con el resto de trabajadores del SNS. Precisamente también en el centro de salud del Tarajal, las madres de los niños se concentraron ante la falta de pediatras y la adversidad de ser atendidos, en muchas ocasiones, por el mismo médico.

Como decimos, la **presión asistencial**, que degrada la atención sanitaria de ambas localidades, es la tónica general desde hace ya una década y ha seguido acentuándose con la fuga de distintos facultativos a otras ciudades, como hemos podido comprobar con la **marcha de pediatras del Área de Salud de Melilla** o el tan manido caso del oncólogo del Hospital Comarcal que se ha ido a trabajar a la privada. Para muestra un botón: Melilla ha perdido más de una decena de especialistas en los últimos meses. El problema ahora es atraer médicos de la Península, que es donde luctuosamente, deben acudir la mayoría de ceutíes y melillenses cuando padecen una dolencia seria.

Al hilo de esta premura, resulta chocante, la llegada a Melilla de la Ministra de Sanidad, en loor de multitudes, para colocar la primera piedra del nuevo hospital, que

para los patidifusos ya lleva 2 años de retraso en sus obras, y que la conclusión sacada, por la mayoría de los ciudadanos, únicamente sea, que su visita haya sido al objeto de salir en la foto. Porque hasta que transcurran otros tantos años, para su puesta en escena, tranquilamente nos podemos presentar en 2013, y Trinidad Jiménez, para nada, ha despejado las dudas que existen sobre cómo se va a paliar la presión asistencial, ni tan siquiera ofreció soluciones a la escasez de especialistas. Su discurso fue de cara a la galería, basado en que el nuevo centro hospitalario será el acicate y el mejor incentivo para atraer más profesionales, amparándose en la dotación de nuevas tecnologías o en su carácter universitario para la formación de éstos. Pero hasta entonces ¿qué?

Mientras el Estado no invierta medianamente bien en Ceuta y Melilla, fidelizando las plantillas de trabajadores para ser un referente sanitario, seguiremos con la sensación de que **ambas están de prestado en el englobe del SNS**. Aunque hay que ser conscientes de que el mal generalizado de la falta de especialistas en la red sanitaria, tiene una importante parte de culpabilidad, en el actual modelo de formación de los MIR, lo que entorpece enormemente al INGESA para reforzar numerosas plazas de especialistas: ginecología y obstetricia, pediatría, digestivo, cirugía general, etc. El problema es aún más perspicaz en Ceuta y Melilla (donde sólo se forman médicos de familia), que en el resto de España, porque al final los MIR se quedan en la plaza de la zona donde se han formado. De ahí el auge de las contrataciones de seguros sanitarios privados, en los últimos años y que actualmente pueden disponer de ellos más de un 25% de sus poblaciones.

Cambiando de tema, los obstáculos con los que han tenido que lidiar los **españoles de Tetuán**, por la **falta de atención programada** en Ceuta han sido otra proclama. Como es nuestra obligación, aportamos nuestro granito de arena al trasladar sus suplicas al Ministerio de Sanidad. Finalmente, por su trabajosa labor de más un año de lucha, el Ministerio de Trabajo resolvió que se les reconociera, a través de una resolución ministerial, y les fueron devueltas las tarjetas sanitarias de desplazados, como ciudadanos que cotizan en la seguridad social española.

Otro de los detonantes que coincide en las pocas quejas que hemos recibido ha sido el **trato deshumanizado**, que reciben los pacientes, en los servicios de Urgencias, haciendo hincapié en el Comarcal de Melilla. Aunque el Civil de Ceuta tampoco se libra, si recordamos un caso de atención a un niño de 4 años de edad, en Septiembre, en el que el “médico” que le atendió, por llamarle de alguna forma, no le auscultó el brazo pese a sus gritos de dolor tras haber sufrido una caída. Simplemente se limitó a realizarle una radiografía de muñeca y con petulancia de endiosamiento informó a sus padres que “*los niños tienen los huesos de goma*” y le dio el alta recetándole Dalsy. El pequeño siguió igual, y hasta pasados dos días, tras acudir al ambulatorio de Otero, no descubrieron que lo que padecía era una luxación de codo.

Escalofriante sigue siendo el caso de María del Valle M. A., ahora que en Junio de este año **un Juzgado de Ceuta imputó a los dos doctores, que la asistieron en el momento del parto, por delito de homicidio imprudente**, al dejar morir impunemente a dos recién nacidos. Los hechos se remontan al 30 de Noviembre de 2006, en el Hospital de la Cruz Roja de Ceuta, propiedad de INGESA, cuando dio a luz a dos gemelos: la niña pesó al nacer 490 gramos y el niño 470 gramos, con 24 semanas y media de gestación. Los médicos de guardia no eran ginecólogos ni pediatras, sino simples médicos de medicina, que sin consultar con los progenitores, decidieron que los

niños no eran viables, y por tanto, sin autorización de los padres zanjaron no meterlos en la incubadora ni alimentarlos, dejándolos morir sin más. A posteriori informaron a los padres que iban a tener una vida de tan sólo 10 minutos y que intentar intubarlos y alimentarlos, servía sólo para *“alargar el sufrimiento”*; sin embargo, contra todo pronóstico, lo cual demuestra que hubieran podido sobrevivir, la niña vivió 22 horas y el niño 12 horas, debatiéndose entre sufrimientos y lloros. Es un caso alarmante que desde luego tiene su origen en poner al frente de un servicio a facultativos sin preparación profesional, ni cualificación. Dicho esto, lo que convierte el caso, en un guión perfecto para una película, con ciertos dotes de intriga y ciencia ficción, es que **el hospital dijo que se iba a hacer cargo del entierro y a día de hoy todavía no le ha dicho a los padres en qué sepultura los han enterrado o si los han incinerado.**

No menos impactante fue la muerte, en Agosto, del bebé de Gema L. R., en el Hospital Comarcal y bajo condiciones infrahumanas. El relato de la madre pone el vello de punta: *“Me dejan ingresada y al día siguiente me ponen dos patillas y una gasa para provocarme el parto. Estuve todo el día allí y nadie me supervisó durante horas. Las pastillas me las pusieron por la mañana, sobre las 10, y a las 19:15 horas llamé a la enfermera porque me notaba al bebé abajo y ya no podía más. Se lo dije a la enfermera y ella no le dio importancia como aún no había sangrado. Le pregunté que si podía ir al baño y me dijo que sí, y allí fui yo con las vías puestas y todo. Me vino un dolor, empujé, y mi bebé cayó sin vida dentro del váter unido a mí por el cordón umbilical. Jamás se me olvidará ver a mi hijo muerto en el váter y cuando luego lo pusieron ante mis ojos sobre la cama, sin importarles el daño que eso podía provocarme. Tengo tres hijos más, pero eso no se me olvidará en la vida. Que el bebé esté muerto no significa que yo no merezca una atención médica correcta.”* En Octubre, solicitamos a la Fiscalía de Melilla la apertura de una investigación

Y como parece que desgraciadamente, en Ceuta y Melilla, la cosa ha ido de bebés y fetos, muertos o perdidos, cabe significar además lo que le sucedió a Verónica G., también en el Comarcal de Melilla, que tras algún ingreso por riesgo de aborto, a mitad Agosto, **dio a luz en una cuña y sin compañía de personal sanitario**, recibiendo la única visita de la ginecóloga de guardia una vez que expulsó el feto muerto. Ésta la informó de la práctica de la autopsia, pero se vulneraron sus derechos para ser informada de las opciones que tenía para poder actuar. Así de indignada se mostraba la afectada: *“Es increíble el no poder dar sepultura a un feto de 6 meses porque no esté localizado en su momento. Mi sorpresa fue espeluznante al comunicarme los servicios funerarios, a mitad del entierro, de que el cuerpo no estaba localizado. Me tuve que personar en el hospital y el patólogo me informó que como no me presentaba a recogerlo, pensaban desecharlo”*.



## SERVICIOS y PATOLOGÍAS MÁS DENUNCIADAS en 2009

- 1º Traumatología
- 2º Ginecología y obstetricia
- 3º Urgencias
- 4º Cirugía general
- 5º Oncología
- 6º Ambulancias y transporte sanitario
- 7º Historias clínicas y documentación médica
- 8º Odontología y maxilofacial
- 9º Cirugía plástica, reparadora y estética
- 10º Cardiología

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

- **586 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médica** hemos recibido durante 2009 en el Defensor del Paciente, lo que equivale a **78 pacientes más que en 2.008**. Los casos más habituales se han producido por mala praxis: intervenciones mal realizadas, altas precipitadas, atención deficiente, infecciones hospitalarias, retrasos en ambulancias, etc. Pero la principal característica en gran parte de los casos, como en años anteriores, es que vienen marcados por el **error de diagnóstico** sobre todo en los Servicios de Urgencias.
- **8 pacientes fallecidos en intervenciones de reducción de estómago**. Disminuyó el número de pacientes fallecidos por este tipo de operaciones con respecto a 2008, fueron 12 en total.
- **61 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.
- **132 bebés** nacieron con alguna discapacidad lo que supone un incremento de 16 casos más que el año anterior, en relación a partos llevados de forma inadecuada causando secuelas como sufrimiento fetal, parálisis cerebral, etc. Lo triste en este apartado, es que en numerosos de estos casos los ginecólogos no informan a los padres durante el embarazo de las malformaciones del feto y luego muchos fallecen a las pocas horas de nacer porque son incompatibles con la vida.
- **73 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 13 casos más contabilizados con respecto a 2008.
- **22 casos de intervención lásik (oftalmología)** con mal resultado, secuelas o pérdida de visión. Cifra que desciende notablemente 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.
- **55 casos de contagiados por hepatitis C (VHC)**. El guarismo se mantiene en relación al año anterior, solamente 2 casos menos. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.

## **SANIDAD PRIVADA**

El sistema de salud público en España en manos de nuestros gobernantes, parece incapaz de desarrollar una estrategia para mejorar el acceso y la calidad de sus servicios, lo que explica **el gran desarrollo del sector privado en los últimos años**.

Como consecuencia de esa deficiente calidad del sistema de salud público ha propiciado que se produzca un **aumento de contratación de pólizas Sanitarias de Seguros Privados** (la sanidad privada actualmente ocupa un 30% de la actividad de todo el país). Sin duda el Sector de la Sanidad Privada en España está aprovechándose del déficit crónico y progresivo de recursos sanitarios públicos que afectan y repercuten en la deficiente calidad del sistema sanitario público, de forma que esta situación está propiciando que se engrosen las cuentas de resultados de las aseguradoras sanitarias privadas.

En el Defensor del Paciente, pensamos que esta situación es posible que se esté llevando a cabo con la participación de responsables del Ministerio de Sanidad y con la de Consejeros de Sanidad de Comunidades Autónomas, actuando como transmisores del negocio privado en la sanidad pública. Desde las Administraciones Autonómicas se están planificando el déficit de recursos sanitarios públicos en connivencia con la sanidad privada para incrementar sus beneficios.

De esta forma podemos afirmar que la sanidad pública está pagando mucho más a la privada de lo que le costaría invertir en recursos propios.

A título de ejemplo podríamos destacar algunos datos, que ya hemos señalado:

- **En la Comunidad Valenciana** se ha concedido a Ribera Salud (propiedad a partes iguales de Bancaixa y la CAM) la organización de cinco áreas sanitarias (Alzira, Torreveja, Dénia, Manises y Elche), y atiende desde la asistencia primaria hasta la hospitalaria, junto a aseguradoras como Adeslas, Asisa y DKV. Con ello el Gobierno de la Comunidad Valenciana paga 599 euros por cada usuario de esa zona, con una media de 200.000 habitantes cada una.

- **En Madrid** el modelo es la gestión hospitalaria, conocido como PPP (*public-private-partnership*) que se ha utilizado en los centros de San Sebastián de los Reyes, Vallecas, Coslada, Aranjuez, Arganda, Parla y Majadahonda. Consiste en ceder a una sociedad anónima la construcción y gestión de los servicios auxiliares del hospital, mientras el personal clínico es funcional. La comunidad, en este caso, paga un canon anual, que el primer año ascendió a 103 millones de euros y los restantes a 95,4.

- **En Galicia, la Clínica viguesa Povisa**, mantiene un concierto singular con la administración Gallega para la atención a un área sanitaria.

- **En Cataluña**, un consorcio recibe unos 545 euros per cápita.

Esta situación que describimos, no sólo nos preocupa a nosotros, sino que incluso **el Defensor del Pueblo** en su último informe en pone de manifiesto que: *“La privatización de la gestión de los centros de salud, hasta ahora públicos, podría*

*vulnerar los principios básicos del sistema de salud de España, es decir, los de universalidad, gratuidad, financiación pública y equidad”.*

Además destacamos que al igual que en la Sanidad Pública también en la privada se dan situaciones de mala praxis o incluso de deshumanización, por ello aunque podríamos dar muchos ejemplos de denuncias de las compañías aseguradoras sólo vamos a mencionar dos de ellas, por lo llamativas, ocurridas en la sanidad privada.

Un señor que llevaba pagando trimestralmente todos los recibos desde hacía años, de la compañía privada a la que pertenece, iba a ser operado de cataratas de un ojo en una clínica de esta Aseguradora, ya que el otro lo tenía perdido. Antes de ser operado el señor, cumpliendo el protocolo que establece la Aseguradora, retira el talón para entregarlo en la clínica y que le operen. Le ingresan, llega el día de la operación, le pasan a quirófano, le preparan y le ponen la anestesia. Se siguen todos los protocolos para operarle del ojo, pero la operación lleva retraso, aunque no saben lo que pasa, y es que **ha llegado el último recibo del banco devuelto por un valor de 166 euros que pagan trimestralmente**. Ante este hecho, y para que le pudieran operar dado que en caso de no tener pagado el recibo no le operarían, el hijo tuvo que dejar a su padre en el quirófano para ir a pagar el recibo, ya que no se podía pagar al día siguiente, y lógicamente al paciente había que operarle, pues incluso ya estaba preparado para ello.

Destacamos en esta actuación de la Aseguradora la falta de humanidad que debe primar en todo servicio y acto médico, y en el que parece que lo único que prima es el dinero. Por lo tanto, debemos poner de manifiesto este tipo de casos, ya que por la devolución de un recibo de 166 euros, según la Aseguradora, sin escrúpulos, el paciente tiene derecho a morir.

En otro caso de la misma Aseguradora, ocurrido también en 2009 a un paciente le realizaron una laparoscopia y le seccionan el colédoco por lo que como consecuencia de la mala praxis al realizarle la cirugía, le tienen que poner unas prótesis para dilatar el colédoco, teniendo que soportar un proceso de un año de duración que consistiría en añadir una prótesis, cada 3 meses, con el riesgo además, de tener que hacerlo con anestesia general. Con posterioridad a la operación y sin haberle dicho nada, le llega una carta del hospital donde fue operado, reclamándome el importe de la prótesis, por lo que el paciente envió una carta a dicho hospital poniendo de manifiesto que si esas prótesis deben ponerse por la mala praxis al hacer la laparoscopia será la Aseguradora la que deba soportar el gasto, carta a la que no dieron respuesta. Posteriormente, le colocaron otra prótesis por el mismo motivo y le volvieron a enviar una carta con la factura de la segunda prótesis, y la reclamación de la primera nuevamente, con una amenaza de reclamación judicialmente en el caso de no pagar en 10 días las dos facturas.

Es evidente que, además de la existencia de una práctica médica deficiente, la Aseguradora pretende en cualquier caso cobrar al cliente por aquello que ella misma ha causado, es decir sólo busca el rendimiento económico y en ningún momento el beneficio del paciente que soporta el daño causado por la actuación médica.

El caso es que, también se nos han denunciado casos, donde a lo mejor, el paciente ha estado pagando religiosamente, durante 40 años la cuota de su seguro privado, y cuando llega a la edad de pensionista, con 70 años de edad, la compañía en

cuestión, rozando la estafa, le pasa unos recibos abusivos, con incrementos de hasta un 30% año a año, ateniéndonos a los siguientes cobros:

- Año 2006 - 105,30 euros mensuales
- Año 2007 - 115,40 euros mensuales
- Año 2008 - 117,51 euros mensuales
- Año 2009 - 128,83 euros mensuales
- Año 2010 - 158,61 euros mensuales

Lo que está claro, es que un paciente puede estar pagando toda su vida un seguro privado, y quizás no hacer uso de él, hasta que llega a una determinada edad, que es entonces cuando los problemas de salud se agravan y cuando se da cuenta que la compañía le da la espalda, discriminándole inadmisiblemente e intentando sacar el mayor rendimiento a base de engordar, de forma escandalosa, el precio de su póliza anualmente.

Por otra parte, la clínica privada más reclamada y denunciada en el Defensor del Paciente, ha sido de nuevo **Corporación Dermoestética**. Aparte de las denuncias que acumula esta clínica de estética, es chocante como no acepta críticas de nadie, ni entiende que en España la Ley permite la libertad de expresión, dentro de unos marcos legales, puesto que a diestro y siniestro se está gastando burradas de dinero en pleitos, contra medios de comunicación, Asociaciones o sectores de diferente índole, que tienen la osadía de reprender públicamente su modo de proceder.

Este año, tras la segunda denuncia que nos pusieron, de nuevo fue archivada y además, Corporación Dermoestética fue condenada en costas.

El Juzgado de 1ª Instancia nº 4 de Valencia, en el Procedimiento 1546/2008, de Corporación Dermoestética contra la Asociación Defensor del Paciente y su Presidenta, Carmen Flores, por presunta vulneración del honor de la citada entidad, dictó Sentencia, con fecha 21 de septiembre de 2009, en la que desestimó la demanda interpuesta por Corporación Dermoestética, con expresa imposición de costas.

Dicha Sentencia es muy ilustrativa y servirá de apoyo a los numerosos medios de comunicación a los que Corporación Dermoestética ha denunciado por entender que vulneran su honor simplemente por publicar cualquier anomalía que ocurre en esta clínica o publicar simplemente las sentencias condenatorias que tiene dicha clínica. **En definitiva, Corporación Dermoestética ha denunciado a muchos medios de comunicación sólo por informar. ¡Vergonzoso!**

En definitiva, la Sentencia afirma que: *“Como conclusión, las actuaciones que se indicaban demostrativas de la actuación de la demandada dirigida a difamar a Corporación no se aprecian como tales a la vista de **las actuaciones de la demandada, orientadas a inspeccionar y criticar todo tipo de cuestiones sanitarias no sólo las referidas al ámbito de la medicina estética privada sino y fundamentalmente en el ámbito de la sanidad pública según se desprende del propio contenido de las memorias aportadas y del dossier acompañado como documento 2 de la contestación**”*

## CONCLUSIONES

España casi se ha convertido un país bananero, y en el ámbito sanitario, donde no vamos a ser menos, somos el país del “truco” y del “retruco”, porque no se cumplen las Leyes. Quizás la expresión suene a chabacano, pero en resumidas cuentas, el paciente de a pie cada día sufre en sus carnes como las leyes sanitarias y sus derechos se vulneran encarecidamente.

La postura de nuestros mandatarios es pomposa y grandilocuente, a base de promesas de mejoras, planes de creaciones de infraestructuras, decretos que fijan tiempos de demora en listas de espera y que luego no se plasman, aumentos de presupuestos que el paciente no ve reflejados en la calidad asistencial, etc. Pero en resumidas cuentas si nos fijamos, uno por uno, en el discurso de cada Consejero de Salud, su comunidad en materia de sanidad es la “creme de la creme”. En muchos casos embustes gratuitos a disposición del paciente. Por eso, para desviar la atención de los problemas reales, a Sanidad le viene que ni pintado, que cada año surja una alarma sanitaria, como cortina de humo, para tapar los asuntos verdaderamente importantes. Este año ha sido la gripe A, pretendiéndose vacunar de forma masiva a toda la población, pero todos recordamos con anterioridad los años de las “vacas locas”, o la gripe aviar, o la Ley del Tabaco, etc.

Nuestros mandatarios predicán una sanidad que no se practica, el tipo de sanidad que se practica es la que no se predica.

Señorías y Autoridades Sanitarias, desde aquí les hacemos un llamamiento de forma sucinta y clara. ¡Para mejorar la sanidad no sólo hace falta invertir más dinero! Hay que aplicar tres medidas:

- 1ª Sanidad pública con menos funcionarios y más control público.**
- 2ª Menos dinero en derivaciones a la sanidad privada.**
- 3ª Más plazas de Medicina en las Universidades. La jugada de los médicos es que haya pocos para tener la sartén por el mango.**

DEFENSOR del PACIENTE