



Asociación ‘El Defensor del Paciente’

Más de 20 años luchando por los derechos de los pacientes

C/ Carlos Domingo nº5 – C.P. 28047 Madrid

91 465 33 22 - 91 755 41 53 – 629 20 86 43

defensorpaciente@telefonica.net

www.negligenciasmedicas.com

MEMORIA 2020

Como en años anteriores, hacemos balance de los casos que hemos recibido en 2020 por presuntas negligencias médico-sanitarias. El número de negligencias en España vuelve a descender de manera importante. Este año hemos recibido un total de **10.509 casos** (2.945 menos que en 2019), de los cuales **528 han sido con resultado de muerte** (229 menos que en 2019).

Por encontrar una explicación a la notable caída de las negligencias médicas, sería interesante fijarse en un dato muy curioso: **durante el estado de alarma las negligencias desaparecieron, quedaron en el limbo**. Marzo, abril y mayo fueron meses inocuos en los que apenas nos llegaron denuncias por negligencias médicas. Se suspendieron cirugías y la mayoría de las reclamaciones recibidas estuvieron relacionadas con las **residencias de mayores** y asuntos de bajas laborales por el famoso virus.

Sin lugar a duda la pandemia ha mostrado las vergüenzas de la Sanidad española, en especial la **falta de recursos en los hospitales** que, cómo no, han pagado los ciudadanos. Lo veníamos avisando y, sin embargo, seguían vendiéndonos ser beneficiarios del mejor sistema sanitario del mundo. Está demostrado que sin dinero no hay paraíso. **Si en la primera ola de coronavirus los damnificados fueron los ancianos de las residencias, en la segunda les tocó el turno a los enfermos de cáncer**. Las consecuencias de la saturación sanitaria por la Covid-19 han sido terribles en pacientes oncológicos y con otras patologías, cuyos diagnósticos o tratamientos, en muchas ocasiones, han llegado demasiado tarde. Tampoco debemos pasar de soslayo la **gran cantidad de casos de muerte por no conseguir atención médica presencial**, o aquellos a los que hemos tildado de **héroes** que han terminado convirtiéndose en **víctimas de un sistema precario**.

OPINIÓN: El desmantelamiento de la Sanidad pública en tiempos de pandemia.

La pandemia nos ha enseñado **las costuras de un sistema de salud incapaz de absorber una situación que no sea Covid-19**, priorizando y desatendiendo otras enfermedades sin ningún tipo de escrúpulo. Todo ha quedado en un segundo plano. La sensibilidad brilla por su ausencia. Muchos médicos atienden enfermedades, pero sin una mínima señal de empatía y humanidad, así como con un sinfín de actitudes que no benefician al cuidado del paciente y sus familias, faltos de calidez humana en muchas ocasiones.

Si echamos la vista atrás, en 1978 se aprobó el que sería uno de los mejores sistemas sanitarios públicos del mundo. Una Sanidad para todos, sin discriminar a ningún ciudadano por ninguna razón. Así se plasmó en la Constitución.

Un sistema para emular que levantaba elogios en todos los países del mundo y del que estábamos muy orgullosos. Pero llegó el Gobierno de Aznar y comenzó **la debacle con la aprobación de la ley 15/97, que dio luz verde a los conciertos con la sanidad privada**, de tal forma que, con el paso de los años, se ha ido incrementando paulatinamente hasta desembocar en el abandono del sistema público. Poco a poco, se ha ido **recortando en medios y personal**. En general, los gobernantes no solo se han conformado con dar dinero público a entidades privadas, a las que han hecho millonarias, sino que también **han destinado cantidades significativas a empresas (residencias de ancianos) contribuyendo a la privatización del cuidado de nuestros mayores**.

Las maniobras de desmantelamiento de nuestro sistema público sanitario son múltiples. Desde la no reposición del material sanitario hasta la dejadez de máquinas de pruebas, como resonancias magnéticas o TAC, cuando se estropean. O deficiencias sin subsanar en los grandes hospitales, repetitivas en el tiempo, como que se inunden los servicios de Urgencias o que se caiga el techo de alguna habitación cuando llueve como consecuencia de no invertir en la reparación y modernización de sus infraestructuras. De igual modo, nos seguimos encontrando con situaciones en las que la intimidad de los pacientes preocupa poco, hasta tal punto que todavía hay hospitales, con seis pacientes por habitación, mezclados con patologías diferentes. Pero el deterioro se encrucece, aún más, si nos atenemos a que **apenas se contratan profesionales sanitarios**, y si se hace es mediante contratos vergonzosos y sueldos muy por debajo de la Unión Europea, dicho lo cual, ha provocado una huida notable a otros países para poder mejorar sus ingresos dado que es un sector muy infravalorado en nuestro país. Por faltar, faltan hasta limpiadoras e incluso sábanas. Paradójicamente, mientras escasea el personal sanitario, a nivel hospitalario, se privatiza la gestión de las cocinas y lavanderías, así como se paga por ver la televisión o poder aparcar en beneficio de entidades privadas.

Nos encontramos ante un sistema endémico que requiere una gestión eficaz y estabilidad a base de un incremento de la financiación. La precariedad laboral de nuestros profesionales sanitarios está condicionando, de forma incuestionable, la relación entre el médico y el paciente. Por ello, para evitar este estado de crispación que se percibe en el ambiente **habría que empezar por mejorar la planificación de los recursos humanos y equiparar las retribuciones entre los médicos de todas las comunidades**. Una Sanidad sin puntos sólidos de apoyo estará condenada siempre a la insatisfacción de quienes la prestan y de quienes la reciben.

Da la sensación de que el deterioro del Sistema Nacional de Salud se está produciendo de manera intencionada. A las pruebas nos remitimos. **Es inconcebible la reducción de los presupuestos sanitarios año tras año.** De hecho, existen comunidades autónomas, que redujeron su gasto sanitario en un 20% desde el comienzo de la crisis, lo que simboliza que, si continúan decreciendo los presupuestos en salud, el sistema será inviable mientras no exista una financiación suficiente. Si continuamos analizando los desperfectos del modelo podemos hacer una parada en el Catálogo Nacional de Hospitales y echar un vistazo al número de camas. Aquí observaremos otra de las imperfecciones más significativa: **en España el número de camas hospitalarias disminuyó un 5% en la última década,** pese a que la frecuentación hospitalaria aumentó. Las soluciones pasan por optimizar los recursos públicos y fomentar un sistema eficiente e independiente.

De aquellos barro vienen estos lodos. La pandemia solo ha hecho que sacar a la luz toda la maldad privatizadora de los mandatarios, con la Comunidad de Madrid como principal protagonista, en la que las consecuencias del derroche del dinero público, entre otras razones, ha sido la causa de ser **la comunidad de España con más ancianos fallecidos en las residencias por la Covid-19.** Había una orden administrativa de no derivarlos a los hospitales por la falta de medios (camas, UCIS, etc.). Tristemente **ancianos que han fallecido solos y abandonados en una habitación, sin el conocimiento de sus familias y con una muerte deshumanizada e indigna.** La orden privó de determinados servicios públicos, como la asistencia médica hospitalaria, a las personas que se encontraban en residencias de mayores durante la alerta sanitaria. Esto es algo que nunca perdonaremos. **Homicidios por imprudencia, omisión del deber de socorro y contra los derechos fundamentales y las libertades públicas.** Sabían lo que hacían, por lo tanto, nos encontramos ante supuestos de homicidio imprudente. Sabían cómo estaban muriendo y no les importó.

En ese sentido la norma jurídica es muy clara. **En caso de urgencia vital los afectados deben acceder a cualquier recurso sin ser necesario la autorización de nadie.** Hubo que haber llevado a los ancianos, inmediatamente, al servicio de Urgencias del hospital más cercano. Y si ese recurso no está disponible por saturación se ha de buscar otro centro hospitalario. **No solo hubo 2.200 camas en la sanidad privada que no se usaron, sino que había recursos en otras comunidades autónomas con respiradores.** ¿Por qué no se utilizaron esos recursos? Es muy duro decirlo, pero **les ha penalizado el hecho de ser ancianos,** porque si hubieran sido niños estamos convencidos de que la reacción de los sistemas públicos hubiera sido distinta.

El protocolo acordó que los ancianos no podían abandonar sus residencias, algo lógico en un estado de alarma con la medida de confinamiento, pero no determinó de forma clara que debían ser dirigidos a los Servicios de Urgencias ante la aparición de los primeros síntomas, dado que son una población de riesgo. Todavía hay quien piensa que no podían salir del centro, una suposición que no tiene cobertura legal, pues siempre ha existido el deber de avisar a Emergencias en los supuestos de aparición de síntomas, al igual que sucede con cualquier otro ciudadano en situación de confinamiento. Sin embargo, alguien también podrá decir que, posiblemente, no lo hicieran porque los servicios públicos estaban saturados atendiendo a población con más posibilidades de supervivencia. Y ahí es donde vamos, pues **probablemente la historia se escribiría de distinta manera si no se hubiera producido el desmantelamiento de la Sanidad Pública.**

¿Hacen FALTA más PROFESIONALES SANITARIOS en España?

El eterno debate de la falta de médicos y profesionales de enfermería continúa abierto. El 27 de octubre se produjo una huelga general de médicos en toda España. La primera después de 25 años. A partir de ahí, las jornadas de paro y manifestaciones se sucedieron paulatinamente, aunque en las últimas semanas los profesionales fueron condescendientes y echaron el freno ante el aumento de contagios en la población por la Covid-19. **Protestan por las condiciones laborales y por la próxima aprobación por Real Decreto de contratar médicos sin título homologado, o sin realizar la plaza MIR, con la que el Ministerio de Sanidad pretende paliar los efectos de la crisis del coronavirus.**

La realidad es que **el Real Decreto pone en peligro la salud de los pacientes** puesto que no garantiza que el médico que atienda tenga la formación especializada adecuada para prestar la asistencia que precisan los enfermos. Es más, la protección de los facultativos también se vería afectada ya que, por ejemplo, **podrían darse supuestos en los que un cardiólogo tuviera que atender un parto.** Cuesta creer que el seguro específico de un médico, ante un supuesto de negligencia médica, se haga cargo si el facultativo se hallase implicado en una especialidad que no sea la suya. Otro de los inconvenientes del Real Decreto es que nuestro país se está convirtiendo en un filtro para que médicos extranjeros consigan homologar su título de especialista.

De España se han fugado más 35.000 profesionales sanitarios en la última década, un dato que contrasta con que somos el segundo país del mundo con más facultades de Medicina. Es más, en 2020 se presentaron más de 16.000 médicos para 7.512 plazas MIR ofertadas. Por lo tanto, **lo que escasea son facultativos con contratos dignos. En enfermería pasa tres cuartos de lo mismo puesto que nos encontramos por debajo de la media de la Unión Europea.** El Sindicato de Enfermería (SATSE) calcula esa necesidad en más de 70.000 enfermeras de atención especializada y más de 15.000 de atención primaria. Si seguimos sumando, lo mismo es aplicable al colectivo de **las y los celadores que merecen el reconocimiento como profesionales sanitarios** en vista de que su labor ha quedado patente durante la crisis de la Covid-19, no nos olvidemos que son el personal que recibe y acompaña al paciente en su itinerario hospitalario.

Aunque en estos momentos nuestro país necesita médicos de familia y pediatras en atención primaria o internistas, intensivistas y neumólogos a nivel hospitalario, los números revelan que en España no escasean médicos puesto que contamos con 4,3 facultativos por cada 1.000 habitantes, por encima de los 3,6 que es la media europea. Es decir, **la principal causa de la falta de médicos es la mala distribución y planificación.** 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 especialistas se dispara y el éxodo de médicos y enfermeras a otros países es cada vez más pronunciado. **La precariedad y la temporalidad son el mayor obstáculo estructural para los profesionales.**

En definitiva, las **medidas** para paliar el problema de profesionales sanitarios pasan por la **estabilidad laboral, la retribución económica y el incremento de plazas MIR de especialidades deficitarias a través de ofertas de empleo público.** Escuchar a algunos políticos lamentar que no haya grandes bolsas de médicos esperando un contrato, después del agravio de algunas comunidades en este sentido, resulta un tanto bochornoso.

Reforma y mayor inversión en ATENCIÓN PRIMARIA.

La crisis de la Covid-19 también ha hecho mella en la Atención Primaria sacando a relucir los rasguños de un sector básico que requiere aumentar su inversión puesto que es el eje de nuestro sistema sanitario. Ha quedado al descubierto el resultado de años de privatizaciones y recortes, promovidos y permitidos por todos los partidos políticos, provocando la situación de deterioro y colapso que actualmente sufre la Atención Primaria. Por este motivo, **los males referidos a su financiación se caracterizan por desigualdad, exclusiones e inequidades**. Según los últimos datos disponibles, solo el 14,6 % del presupuesto sanitario se destinó a Atención Primaria, mientras que la Atención Hospitalaria recibió un 61,8 %. Nos referimos a lo que actualmente se conoce como “*hospitalcentrismo*”, del que el modelo instaurado debería huir y dotar de más recursos a un pilar clave como es la Atención Primaria sin el que el resto no podría funcionar. Sin embargo, parece ser que, en este país, prometer o **inaugurar hospitales otorga más votos que los centros de salud**. Una prueba más de lo politizada que está nuestra Sanidad. Y es que este servicio sanitario ha tenido que batallar con la atracción y presión social de los hospitales cuando la mayoría de los problemas de salud se resuelven en los consultorios de toda la vida.

Por eso, **urge fortalecerla de una vez por todas con una inyección de unos 50 millones de euros para contratar unos 1.000 médicos de familia y pediatras** que solventen los efectos que, como de costumbre, están sufriendo los pacientes y los propios profesionales: cargas de trabajo desmesuradas, acúmulos diarios por falta de sustituciones, demoras excesivas, consultas masificadas, etc. Reclamamos, por tanto, una **reforma inmediata de la Atención Primaria que garantice su calidad** para evitar que dentro de unos años se haya extinguido.

Con unas consultas ya sobrecargadas, la gestión de esta pandemia se ha intentado hacer a coste cero. En algunas comunidades se ha hecho recaer sobre los profesionales de Atención Primaria, aparte de una mayor carga burocrática de la que ya había, labores descoordinadas que deberían estar a cargo de instancias de Salud superiores. El seguimiento y rastreo de casos, así como la gestión de la Covid-19, habría sido muy diferente si contásemos con una estructura sanitaria mucho más potente.

La desorganización se convirtió en un desbarajuste hasta llegar al colapso absoluto cuando varios centros de salud tomaron la determinación de directamente descolgar los teléfonos y no atender llamadas. Durante los primeros meses se tuvo que cambiar toda la forma de actuación y atención sanitaria. El protocolo, por la situación epidemiológica, determinó que eran necesarias las citas no presenciales, pero hay que tener en cuenta que cuando de diagnosticar se trata, es preciso no solo escuchar, sino explorar al paciente. No hacerlo, puede generar en muchas ocasiones errores y, por consiguiente, conllevar efectos adversos como ha quedado demostrado con diferentes casos de muerte por culpa de las consultas no presenciales y que podrían haberse evitado. La falta de seguimiento y notificación de los resultados de las pruebas de la Covid-19 también merece capítulo aparte en muchos casos.

Como conclusión, creemos que el modelo de Atención Primaria ha demostrado su incompetencia a la hora de proteger a la sociedad de la enfermedad y mientras que no refuerce su control presupuestario no habrá atisbos de mejora.

Los 10 MOTIVOS principales por los que los pacientes afectados por el CORONAVIRUS podrán reclamar.

La humanidad atraviesa su peor escenario desde la II Guerra Mundial, en mitad de una batalla librada, en esta ocasión, frente a un enemigo que ha recibido el nombre de Covid-19, mucho más asesino y letal de lo que nos dijeron. Es una guerra cuyas trincheras se localizan en nuestros domicilios, en la calle y en los centros sanitarios, con un frente muy claro situado en cada uno de nuestros hospitales, -hoy sostenido por la determinación de los profesionales que los ocupan-, y una retaguardia incapaz porque sus dirigentes también lo son desde que se inició este conflicto. A excepción de la solidaridad de la mayoría, todo ha salido mal y no faltan razones. Hemos regateado en el que antes era nuestro principal y más destacado servicio, el sanitario y, para colmo, **la mala gestión de nuestras autoridades también ha contribuido de forma eficaz al fatal desenlace.** No se quiso reaccionar a tiempo por una desmesurada protección de las finanzas frente a la salud, y como quedó demostrado se dieron datos irreales, no se hicieron todas las pruebas necesarias porque no había test y murieron nuestros seres queridos porque **no había respiradores** para ellos o porque fueron abandonados en algunas residencias a su suerte.

Ante semejante escenario de inseguridad, crítica, debilidad y dolor, **la Asociación ‘El Defensor del Paciente’ ha desarrollado los principales motivos de reclamación** en forma del siguiente **DECÁLOGO**:

1º.- Anciano fallecidos por abandono en residencias. Podrán reclamar todos aquellos afectados que puedan acreditar abandono en situación de peligro manifiesto y grave. Y será responsable quien no socorra al desamparado ni avise inmediatamente a terceras personas para que lo hagan. En estos supuestos se podrá exigir **responsabilidad penal por omisión del deber de socorro** o, en su caso, **lesiones y homicidio imprudente**, sin perjuicio de la responsabilidad civil por daños y perjuicios.

2º.- Pacientes que no hayan sido correctamente atendidos por **infracción de la *lex artis*** (altas indebidas, error de diagnóstico, tratamiento inadecuado, falta de información, demora de intervenciones urgentes, etc.). Tendrán derecho a reclamar todos aquellos **pacientes de patologías distintas a la Covid-19 que durante la pandemia no hayan recibido la debida atención médica** y sufran una evolución negativa de su enfermedad, como puede suceder con casos **oncológicos, neurológicos, cardiológicos**, etc.

3º.- Pacientes que han fallecido esperando un respirador o no han sido ingresados en la UCI por error en su clasificación dentro del protocolo.

4º.- Pacientes que han fallecido esperando un respirador o no han sido ingresados en UCI por una lista de espera mal gestionada dentro de la urgencia. Se podrá reclamar en los supuestos en los que los pacientes no accedan a la asistencia que precisan a pesar de existir la posibilidad de ello. Por ejemplo, cuando se podía derivar al paciente a otro centro con más medios, ya fuera a un centro hospitalario de la misma o diferente comunidad autónoma, ya fuera a un centro hospitalario de carácter privado.

Los pacientes deben saber y conocer que **todos los centros públicos tienen la obligación de derivar a la sanidad privada a los pacientes críticos que no puedan asumir.** La

sanidad privada no podrá rechazar la asistencia de urgencias y tendrá que reclamar los gastos al Servicio de Salud de la comunidad autónoma que haya decidido la derivación.

Y en estos casos de urgencia vital, si el centro hospitalario público no realiza la derivación por desconocimiento, el paciente podrá acudir a un centro privado y reclamar los gastos al Servicio de Salud de la comunidad autónoma mediante dos procedimientos diferentes: **reintegro de gastos o reclamación de daños y perjuicios.**

5º.- Reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración pública frente al Ministerio de Sanidad y frente al Servicio de Salud de la comunidad autónoma correspondiente, **cuando se demuestre que el daño es antijurídico**, es decir, que la víctima o perjudicado no tienen obligación de soportarlos. Aquí se incluiría la falta de iniciativa del Ministerio de Sanidad y de las Consejerías de Sanidad de las respectivas CCAA a pesar de tener, con antelación suficiente, el ejemplo de Italia y China. Mucho antes de desbordarse la situación en España, la OMS nos había advertido de la necesidad urgente de comprar material de protección y medicamentos, pero los responsables hicieron caso omiso y decidieron esperar a ver qué pasaba.

6º.- Ausencia de medidas de protección de los trabajadores. Se podrán reclamar responsabilidades derivadas de la ausencia de medidas de protección de los trabajadores. Esto incluye la reclamación frente a los empleadores por los daños y perjuicios sufridos por los trabajadores, funcionarios y militares **con exposición de riesgo al coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19) por infracción de medidas de seguridad y prevención** derivadas de la aplicación de la Ley de Prevención de **Riesgos Laborales**, infracciones fundadas en ausencia o deficientes medidas de carácter organizativo y medidas de protección tanto colectivas como individuales (ausencia de EPIS, precariedad o insuficiencia de los mismos). Aquí también se incluirían a los afectados que tuvieran o debieran haber tenido la consideración de trabajadores especialmente sensibles. Igualmente existiría responsabilidad, en los casos antedichos, con posibilidad clara de reclamación para los familiares contagiados de trabajadores expuestos a la enfermedad que hubieren contraído la misma por contacto personal con los mismos.

7º.- Reclamaciones frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, frente a MUFACE, ISFAS, etc., para el **reconocimiento como accidente de trabajo de la enfermedad Covid-19 contraída como consecuencia de la prestación laboral** de trabajadores, funcionarios y militares con exposición al coronavirus SARS-CoV-2. Igualmente, las reclamaciones para el reconocimiento de las prestaciones pertinentes por contingencia profesional: incapacidad temporal, invalidez permanente o muerte.

8º.- Denegación de la Baja Laboral a pacientes con factores de riesgo (inmunodeprimidos, con patologías cardíacas o pulmonares), que hayan resultado perjudicados a consecuencia de dicha denegación.

9º.- Reclamaciones contra Empresas Funerarias por incumplimiento contractual y prestación defectuosa de sus servicios. Errores de identificación de fallecidos, retrasos indebidos y abusos en el cobro de servicios funerarios.

10º.- Falta de información sobre el diagnóstico, tratamiento, riesgos, alternativas y pronóstico de la enfermedad en los supuestos en los que exista posibilidad de trasladarla a los pacientes y familiares.

RESIDENCIAS - La falta de protocolo claro y la omisión del deber de socorro han contribuido al fallecimiento de muchos ancianos.

Un **protocolo tardío y poco específico por parte del Gobierno y la falta de respuesta de las Comunidades Autónomas**, unido a la **omisión del deber de socorro** de algunos responsables, han sido la causa del caos sufrido en muchas Residencias.

Efectivamente, la Guía de prevención y control frente a la Covid-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial fue redactada el 24 de marzo, cuando el estado de alarma había sido acordado diez días antes.

Pero **las Comunidades Autónomas tampoco reaccionaron**, a pesar de tener competencias para ello que no habían sido anuladas: el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19, es muy claro al indicar en su artículo 12.2 que las administraciones públicas autonómicas y locales mantendrán la gestión, dentro de su ámbito de competencia.

En lo relativo a los ancianos fallecidos por abandono en residencias, anteriormente en el Decálogo apuntábamos el motivo por el cual pueden reclamar. Pero **el fallecimiento de nuestros mayores también ha sido debido a la conducta omisiva del Gobierno y las Comunidades Autónomas**. De otra manera no se comprende que muchas residencias no hayan derivado a los ancianos a los Servicios de Urgencias.

Sin embargo, desde la Asociación ‘El Defensor del Paciente’ abrimos dos interrogantes:

- **¿Cómo podían saber que no tenían más posibilidades que las personas que habían acudido a los centros sanitarios si no mediaba una exploración por parte de los Servicios de Urgencias?**
- **Suponiendo que no hubiera sitio en la sanidad pública ¿por qué no fueron derivados a la sanidad privada si se sabía que había más de 2.000 camas libres?**

El Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma, en su artículo 12.6, relativo a medidas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional, es muy claro en dicho sentido: *“Asimismo, el ministro de Sanidad podrá ejercer aquellas facultades que resulten necesarias a estos efectos respecto de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad privada”*.

Pero antes de que se decretara el estado de alarma también existía la posibilidad de acudir a la sanidad privada en caso de urgencia vital. Así, en desarrollo del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43.1 de la Constitución, se establece en el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización:

“La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del SNS, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero”.

Asimismo, en desarrollo de dicho precepto, la jurisprudencia especifica los requisitos exigidos para que proceda el reintegro de gastos:

- a. Carácter vital de la urgencia (la Real Academia Española establece el significado de vital como *“pertenciente o relativo a la vida”* y *“de suma importancia o trascendencia”*). Por otra parte, la jurisprudencia aboga por una interpretación amplia: es suficiente que una probabilidad de retraso en recibir la asistencia pueda producir daños graves para la salud ya sea en forma de secuelas o en la prolongación en el tiempo de graves sufrimientos.
- b. Carácter vital e inmediato de la asistencia sanitaria requerida. Respecto al carácter urgente e inmediato de la asistencia sanitaria requerida, la jurisprudencia lo define como inaplazable e inexcusable para el estado de salud del paciente, pero no necesariamente ipso facto.
- c. Imposibilidad de utilización de los servicios públicos de salud.
- d. Inexistencia de una utilización abusiva de los servicios.

Homicidio por imprudencia, omisión del deber de socorro y contra los derechos fundamentales y las libertades públicas, son los cargos en los que la Asociación ‘El Defensor del Paciente’ se basó para denunciar a los Gobiernos de la Comunidad de Madrid, Cataluña y Castilla y León al comprobarse su decisión de no derivar a hospitales a ancianos durante el pico de la pandemia, así como al Gobierno central por su pasividad al respecto. En estas tres comunidades existía un documento escrito donde no se permitía que ni una ambulancia fuera a por un anciano, aunque estuviera mal o padeciera cualquier patología.

Por este motivo, en el mes de julio, presentamos en el Tribunal Supremo una denuncia dirigida contra el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, el vicepresidente segundo del Gobierno y ministro de Derechos Sociales, Pablo Iglesias; y el ministro de Sanidad, Salvador Illa. También contra la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso; su consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, y el director de Coordinación Socio-Sanitaria, Carlos Mur de Vía.

Igualmente, la denuncia implicó al presidente de la Generalitat catalana, Quim Torra, y a su consejera de Sanidad, Alba Vergés i Bosch; así como al presidente de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, y a sus consejeras de Sanidad y Familia, Verónica Casado e Isabel Blanco, respectivamente.

INACEPTABLE postura de la FISCALÍA solicitando la INADMISIÓN a TRÁMITE de QUERELLAS por presuntos DELITOS relacionados con la Covid-19.

Es un hecho incontrovertido que España está entre los países peor parados del mundo en cuanto a cantidad de contagios y víctimas por habitante por la Covid-19. En consecuencia para ‘El Defensor del Paciente’ resulta indispensable un estudio en profundidad de por qué esto es así por un doble motivo: primero, para aprender de los errores cometidos de cara al futuro; y en segundo lugar, porque es irrenunciable para que una sociedad sea viable que se depuren responsabilidades y se haga justicia con sus gestores públicos de Sanidad, debiendo responder éstos en su caso de sus actos en la esfera tanto política como jurídica, con independencia de su cargo y color político.

No creemos exagerar si decimos que **esto es un clamor social ante la tragedia que vivimos.**

El esclarecimiento de los hechos como se dice puede y debe establecerse en diferentes ámbitos, como el estrictamente científico; el político; y, además, por supuesto, el jurídico. En este sentido son múltiples las denuncias y querellas interpuestas por las víctimas que han llegado y seguirán llegando a los juzgados por delitos de homicidio imprudente y lesiones, omisión del deber de socorro, contra los derechos de los trabajadores, falsedad documental, prevaricación, etc. Ante estas querellas lo correcto es que los órganos judiciales competentes, con todas las garantías y con todo el rigor, lleven a cabo la **apertura de diligencias en las que se investigue lo ocurrido en cada caso concreto**, y a resultas de esta instrucción resuelvan en cada supuesto archivar la causa o pasar a enjuiciar los hechos.

Este análisis es tan elemental que ‘El Defensor del Paciente’ lamenta profundamente tener que recordarlo en relación con la actuación de la Fiscalía por su **petición al Tribunal Supremo de que inadmitiese a trámite las múltiples querellas presentadas por este tipo de delitos**. Así se desprende del escrito presentado ante la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, el 14 de septiembre de 2020, por el teniente fiscal del Tribunal Supremo, Sr. Navajas Ramos, que concluía de la siguiente guisa: *“Analizados en las consideraciones anteriores los distintos tipos penales propuestos por la parte querellante, estima el Ministerio Fiscal que no es posible subsumir los hechos en ninguno de los delitos examinados ni en cualquier otro tipo penal, siendo inviable iniciar una investigación en tales circunstancias, lo que nos lleva a concluir que lo procedente es la inadmisión a trámite de la querella sin más y el consiguiente archivo de las actuaciones”*.

En el cuerpo de dicho escrito se viene a fundamentar tan **insólita petición precisamente en no haber aportado los querellantes aquello que solo puede dar el órgano judicial, que es el resultado de una investigación independiente de los hechos denunciados**. No está de más recordar aquí la amplia representatividad social de los colectivos querellantes, en su gran mayoría ajenos al ámbito político: la Asociación Profesional de la Guardia Civil, el Colectivo Profesional de Policía Municipal de Madrid, el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, el colectivo de 3.268, ciudadanos y familiares de víctimas del COVID 2, la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CESIF), la Asociación HAZTE OIR.ORG, etc.

Excede de esta Memoria la crítica a nuestro sistema judicial, la anomalía que supone que la Fiscal General del Estado, superior jerárquica del teniente fiscal que hace la petición de inadmisión de estas querellas -es decir, de que no se investiguen estos hechos por los jueces- haya sido nombrada, de entre sus exministros, por el mismo Gobierno cuyo presidente y algunos de sus ministros figuran como querellados en estas diligencias, etc. Pero sí es papel de la Asociación ‘El Defensor del Paciente’ **denunciar que no se investiguen por el poder judicial tan graves hechos relacionados con miles de muertes, lesiones y otros daños**. Y en este sentido, de nuevo ha de quedar claro que lo que se pide no es que se viole la presunción de inocencia de nadie, o se ataque a un determinado partido político o ideología, o se prejuzgue a la ligera, sino todo lo contrario: luz y taquígrafos. Que se investigue en profundidad y sin apasionamiento, y que como resultado de dicha investigación se resuelva por los jueces competentes, todo lo cual es incompatible de plano con la citada postura de la Fiscalía.

Poco después, el pasado 1 de octubre, representantes de ‘El Defensor del Paciente’ mantuvieron una reunión con el Sr. Rafael de Vega Irañeta, de la Secretaría Técnica de la Fiscalía General del Estado, para tratar el problema de las muertes de ancianos en las residencias, muy denunciadas por parte de esta Asociación. El objetivo de la entrevista, por parte de la Fiscalía, era informarnos de la función tuitiva que desempeñan en favor de la protección de las personas, discurso que está en **franca contradicción** con lo pedido poco antes con su compañero el Teniente Fiscal Sr. Navajas.

Desde nuestro punto de vista el **artículo 511.1 del Código Penal** encaja perfectamente con lo que ha pasado en las residencias: ***“Incurrirá en la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años el particular encargado de un servicio público que deniegue a una persona una prestación a la que tenga derecho... por razones de género, enfermedad o discapacidad”***.

La realidad muestra que, desde el inicio de la pandemia, **en España han fallecido 24.000 ancianos en residencias de mayores con Covid-19** o síntomas compatibles y **las Fiscalías apenas han actuado**. Por lo general, las pocas que han querido indagar se han limitado a pedir explicaciones a los responsables de las residencias, que como es lógico han negado la mayor, y **las versiones de los familiares de las víctimas no se han tenido en cuenta, archivándose la mayoría de las causas de un carpetazo**. En resumidas cuentas, **la Fiscalía no ha hecho NADA de NADA**.

Al cierre de esta Memoria hemos sabido que, finalmente, la Sala II del Tribunal Supremo ha acordado en ATS 18/12/20 la inadmisión a trámite de las querellas contra los miembros del Gobierno, **pero acuerda, no obstante, algo lógico y no pedido por la Fiscalía: remitirlas a los juzgados ordinarios** para que se incoen las causas penales que correspondan, o se acumulen a las que ya estén siendo o hayan sido objeto de tramitación. En especial, según explica el auto, esas investigaciones por los juzgados ordinarios **deben incidir en las muertes en residencias de la tercera edad**, en la eventual omisión de las medidas de seguridad que se brindaron a los profesionales sanitarios o a los policías, y a una posible malversación de fondos públicos en la contratación de materiales fallidos o fraudulentos para combatir la pandemia. Los magistrados señalan que cuando las diligencias que practiquen esos juzgados evidencien la existencia de indicios de responsabilidad contra algún aforado, será el momento de que el juez de instrucción, en su caso, eleve una exposición razonada sobre ellos al Supremo. Que así sea.

El desafío de la COVID-19 en los servicios de URGENCIAS.

A estas alturas, **la pandemia debería habernos servido de aprendizaje para valorar qué son las urgencias de un centro de salud o de un hospital y cómo usarlas.** Si los servicios de Urgencias de por sí se encuentran al borde de la saturación durante gran parte del año, ante la Covid-19 han tenido que doblar esfuerzos para atender a todo tipo de pacientes, tanto a los afectados por el dichoso virus como al resto. **La causa principal del colapso se ha generado por la falta de atención presencial en los centros de salud.** Por ello, habría que reorganizar el modelo de los servicios sanitarios pues no debemos permitir el nivel de contagio que han sufrido los sanitarios.

Reconocer las **diferencias entre urgencia y emergencia** permitiría enfrentarnos a situaciones cotidianas que muchas veces, por causa de diversos factores, se desconocen los procedimientos, generando en algunos casos el uso inadecuado de los recursos sanitarios o, por el contrario, la complicación de algún paciente por no dirigirse a tiempo ni del modo correcto donde un profesional que evalúe la situación. Por eso, comprender los motivos de su uso aporta a la mejora del sistema.

Una urgencia médica se entiende como todas aquellas situaciones en las que no existe amenaza inmediata de que pueda comprometer la vida del paciente, aunque demanda una pronta intervención para su mejora, reducir riesgos o evitar futuras complicaciones.

Por otra parte, cuando se habla de emergencia médica se hace referencia a todas aquellas situaciones en las que el paciente está corriendo un riesgo vital inmediato, o posee una alta posibilidad de que su vida esté en peligro, necesite soporte para evitar la muerte y su estado sea crítico.

Las urgencias y las emergencias son conceptos distintos y este desconocimiento ha derivado en problemas tales como: aglomeración, largos tiempos de espera, saturación de los servicios de Urgencias, etc.

Ahora bien, la pandemia ha vuelto a poner en el candelero estas dos percepciones, resaltando la importancia del significado de cada una. Primero porque debido a la Covid-19, muchos efectos hicieron que la atención en los servicios de Urgencias hospitalarios se colapsara.

De este modo, la distinción de estos dos conceptos y sus síntomas es un punto clave para que primero, la gente sepa cuándo acudir o no a un centro de salud, y segundo, descongestionar los servicios de Urgencias saturados en ola de pandemia, con el fin de que más pacientes reciban atención de la manera más oportuna.

Por lo tanto, nada ha cambiado y en tiempo de pandemia se ha agudizado. **Pacientes hacinados por falta de espacio, escasez de camillas y sillas, errónea previsión organizativa y personal estresado que no da abasto para cubrir unas necesidades dignas y básicas de cuidado para los enfermos.** Año tras año, estas son las características de los servicios de Urgencias hospitalarios. Se trabaja mucho y mal por el caos organizativo. Por ello, no es de recibo predicar que somos la mejor sanidad de Europa y tener, a nivel general, unos servicios de Urgencias que no son capaces de atender adecuadamente, con unas mínimas condiciones de calidad, a los pacientes.

El suplicio de la LISTAS de ESPERA en la era Covid-19.

Es evidente que la pandemia ha multiplicado las esperas para operarse, agravando un problema histórico y encolerizado desde los recortes de hace casi una década. Y peor aún, **la atención a los pacientes con Covid-19 ha dejado de lado otras patologías que han desencadenado que las listas de espera hayan repuntado**, con el consiguiente aumento de la presión asistencial en los hospitales y, especialmente, en Atención Primaria.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, a junio de 2020, los plazos de espera para una intervención quirúrgica se han extralimitado: **691.508 pacientes aguardando una operación y una media de tiempo de 170 días**. Pero estos datos hay que cogerlos con pinzas porque mucho nos tememos que sean superiores. Para muestra un botón: un castellanomanchego aguarda 269 días de media mientras que un madrileño espera 42. Es una diferencia tremenda por lo que cuesta creer y entender cómo la Comunidad de Madrid pueda tener esas cifras cuando ha sido la región que en diferentes ámbitos más ha sufrido el coronavirus. Indiscutiblemente la falta de coordinación entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades es la culpable de divergencia tan abultada. El Ministerio debería realizar un control más exhaustivo y actuar a modo de auditoría externa sobre el tipo de cómputo que efectúan las consejerías de Salud.

Publicar los datos reales resulta una osadía porque son terroríficos. Por ese motivo muchas comunidades autónomas se han hecho las remolonas, durante gran parte del año, con tal de no informar. Y las que se presumen de que han bajado las cifras, como Andalucía o la Comunidad de Madrid, faltan a la verdad con nocturnidad y alevosía porque durante el estado de alarma se suspendieron intervenciones, se desprogramaron consultas y se han cerrado agendas. Hay que ser más honestos. Ni el más tonto se puede creer que las listas de espera descieran cuando durante más de tres meses prácticamente no ha habido actividad quirúrgica mientras la Covid-19 era el epicentro del sistema de salud. No es decente, por parte de algunos dirigentes sanitarios, contabilizar de manera ambigua y menos facilitar datos que no se corresponden con la realidad.

A colación de este contubernio, a finales de mayo, desde ‘El Defensor del Paciente’ dirigimos una misiva al ministro de Sanidad instándole a que, en concordancia con las comunidades autónomas, se adoptaran medidas de solución, como puede ser la **elaboración de un ‘Plan de Regularización de las Listas de Espera’** por el problema que se generó a raíz de la suspensión de intervenciones, anulación de tratamientos urgentes y citas (programadas con anterioridad) que durante el confinamiento fueron eliminadas sin fijar nuevas fechas.

Buena parte de tratamientos oncológicos y consultas para especialista se anularon durante los meses de marzo, abril y mayo. **¿Qué criterio se ha seguido para reasignarlas?** Amén de la saturación de las líneas telefónicas de la red hospitalaria que, por lo que nos denunciaban los pacientes, fue una tarea hartamente complicada conseguir contactar con los centros sanitarios al estar colapsados o, supuestamente, porque tenían los teléfonos descolgados. Además, cabe señalar que **los médicos de familia no pudieron asignar ninguna nueva cita con el especialista ya que el sistema no se lo permitía**, quedando pacientes en el limbo, sin contabilizar, por lo que **las listas de espera entraron y continúan en una etapa de desfase total**.

¿Tenemos que dar credibilidad a las cifras que el Ministerio de Sanidad facilita a la opinión pública? **¿Hay que dar veracidad a la información que las comunidades autónomas facilitan al Ministerio?** Apelamos al compromiso de transparencia de la Administración sanitaria ya que **existen comunidades, como la madrileña, cuyos registros no son creíbles al facilitar una lista de espera de tan solo mes y medio para intervenciones quirúrgicas.** Ni por asomo. Sinceramente nos parece un fraude puesto que la forma de contabilizar no se ajusta a la ley y aquí la culpa no es únicamente de la Comunidad de Madrid sino del propio Ministerio de Sanidad por consentirlo. El porqué de esta situación anómala, ante un problema tan crucial para la salud, es volver a lo mismo de anteriores apartados: **por la falta de inversión presupuestaria no hay suficientes medios técnicos ni dinero para las contrataciones de medios humanos.** A fin de cuentas, las listas de espera son un **símbolo de DESIGUALDAD entre ciudadanos y clases sociales de distintos territorios**, puesto que dependiendo de la zona geográfica donde residamos tendremos unos derechos u otros.

A la hora de analizar el estado de cada comunidad es primordial fijarse en la demora media. En ese sentido, bajo nuestro punto de vista, **las peores son: Castilla-La Mancha, Cataluña, Andalucía y Aragón.** Del mismo modo, cabe destacar el **empeoramiento** que han sufrido comunidades como **Castilla y León y Baleares.** En el otro extremo, **Asturias y La Rioja son las que cuentan con un promedio de tiempo para intervención más aceptable.**

Por vez primera, **Castilla-La Mancha** lidera el ranking con unos datos más que escalofriantes, los peores en listas de espera de España. Queda de manifiesto que la aciaga gestión sanitaria del Gobierno de García-Page ha tocado fondo. La falta de medios ha sido una constante y, en especial, el personal sanitario tuvo que sufrirlo durante el estado de alarma por la falta de medios de protección, de material y de camas de UCI en los hospitales. Las cifras que soportan los castellanomanchegos son discriminatorias y el resultado de la dejadez por parte de sus dirigentes: 269 jornadas de media para intervención, lo que supone 55 más que en 2019. Además, 41.997 pacientes engrosan la lista quirúrgica, lo cual refleja otro dato más que alarmante puesto que desde hace cinco años ha aumentado en más de un 20% ya que en 2015 había 39.812 pacientes. Las especialidades con mayor demora son traumatología, neurocirugía, cirugía general y oftalmología por este orden. Al ser la región que más ha dejado de lado a las personas con enfermedades distintas a la Covid-19 se antoja indispensable, mediante refuerzo presupuestario y aumento de recursos humanos, un plan de atención para volver a prestar asistencia dentro de unos plazos de tiempo coherentes. Por otra parte, dada la gravedad de la situación, para atajar el problema sería loable que el Gobierno de Castilla-La Mancha se comprometiera a realizar una auditoría externa que sirva como asiento para detectar las causas de las demoras y facilitar soluciones que garanticen un servicio público sanitario de calidad. La obligación del SESCAM es poner mecanismos para que los castellanomanchegos obtengan la información real del tiempo de espera que puede suponer su intervención. Mención aparte merece las consultas externas porque, de algún modo, en general se han visto manipuladas a causa de las agendas cerradas.

Continuando con el análisis, **Cataluña** poco tiene que envidiar a la región castellanomanchega. La realidad es evidente: 167.516 pacientes en impasse de cirugía y 223 días de dilación a tal efecto. Los datos continúan en encefalograma plano. Incluso son aún peores que el año anterior. Las intervenciones de rodilla, prótesis de cadera y oftalmología pueden llegar hasta los cinco meses de espera, mientras que las de juanetes o las vasectomías se pueden alargar hasta casi un año. Las expectativas no son nada halagüeñas. La Generalitat catalana lleva años con las arcas vacías para poder incrementar recursos y elaborar un método que active los quirófanos que es lo que los médicos han estado reiterando a base de protestas. De hecho, los gestores sanitarios han dilapidado los presupuestos para poder hacer frente a las operaciones que han quedado pendientes tras la crisis que ha dejado el coronavirus. Como consecuencia del colapso provocado por la pandemia, se suspendieron la mayoría de las intervenciones quirúrgicas no urgentes y las consultas externas. Aparte desde los CAP se dejaron de enviar pacientes. Por eso sería interesante la creación de un plan de choque con dotación económica para que primaria y especializada absorban la patología y las consultas que no fueron atendidas. En fin, el cuello de botella es más que significativo. Así, a mitad de año, desde el Catsalut se llegó a reconocer que habría que reprogramar 70.000 intervenciones retrasadas. Pero si hay un sector en pie de guerra ese es el de la Atención Primaria a medio camino entre amenazas de huelga y movilizaciones. No obstante, el Govern ha presentado un plan para reforzar los centros de salud, prometiendo 3.800 profesionales más de Atención Primaria hasta 2022 mediante una inyección de 127 millones de euros anuales que supondrá un aumento del 17% de la plantilla de los CAP. Sirva además como referencia que los médicos catalanes son los que más solicitan irse a trabajar al extranjero, cuando la media de médicos de familia en Cataluña por cada 10.000 habitantes es de 7,2 y la de la UE se sitúa por encima de los 9,5.

La pandemia también ha pasado factura a las listas de espera de **Andalucía**. Que el SAS haya permanecido meses y meses sin actualizar la información es un claro síntoma de falta de transparencia y una forma de ganar tiempo para poder acicalar los números antes de ser ofrecidos a la opinión pública. El volumen de los dígitos es considerable, con más de 143.000 andaluces aguardando algún tipo de cirugía y una tardanza que ronda los 212 días. Cabe apuntar que los pacientes de procedimientos con plazo de garantía se han incrementado el último año en un 17% y la demora media en el 81%. Las ramas en las que los tiempos despuntan con creces son traumatología, oftalmología, cirugía general y urología. La crisis por la Covid-19 ha sacudido de manera muy especial a esta comunidad porque Andalucía venía de una situación muy precaria desde hace años con falta de médicos, enfermeros y auxiliares. A esto hay que añadir que más del 20% del personal del SAS supera los 60 años y casi un tercio de sus trabajadores tiene contratos efímeros. Parece mentira, pero el período de recortes comprendido entre 2008 y 2012 todavía sigue abriendo la brecha en una plantilla muy envejecida con el agravante de lo que ha pasado este año. Pocas diferencias observamos, con respecto al anterior Gobierno, desde que Jesús Aguirre ejerce como consejero de Salud. Y no solo no se han aliviado las interminables listas de espera, sino que Atención Primaria también ha salido malparada puesto que muchos andaluces -especialmente los enfermos crónicos-, nos han denunciado innumerables situaciones por la falta de acceso a sus centros de salud, ni siquiera telefónicamente. Alrededor de unos 90 pueblos de Andalucía se han visto afectados por la falta de médicos en Atención Primaria. El colapso ha llegado hasta tal punto que conseguir cita con el facultativo se ha convertido en toda una odisea con demoras, en algunos casos, de semanas. Incluso, a veces, el vacunarse de la gripe o renovar medicamentos ha sido toda una utopía. Es una realidad manifiesta que los refuerzos durante la primera ola fueron insuficientes por la dificultad para contratar profesionales debido a que las bolsas públicas de empleo están agotadas.

Igualmente, **Aragón** suspende con guarismos en lo más alto de la clasificación: 22.525 personas engrosándola con una dilación media de 171 días. La media de espera para pasar por quirófano, por lo tanto, se incrementa 72 días más respecto a 2019. Las mayores demoras se hallan en traumatología, oftalmología y cirugía general respectivamente. Por ejemplo, hay pacientes que llevan más de un año aguardando una intervención de cataratas. La pandemia ha duplicado los plazos. Sira Repollés, la consejera de Salud, por lo menos ha reconocido que los tiempos son inconcebibles. La pócima que el Departamento de Sanidad tiene preparada es un plan de abordaje de listas de espera quirúrgicas, dentro del período que comprende hasta 2022, y cuenta con el beneplácito de los profesionales sanitarios. Entre las medidas de solución que recoge dicho plan figura potenciar la cirugía ambulatoria para usar los recursos de forma más eficiente, homogeneizar criterios de priorización, crear grupos de trabajo por especialidades y reducir a menos de un mes las esperas en intervenciones oncológicas. Las derivaciones a la privada es otra opción. En otro orden de cosas, uno de los principales caballos de batalla de la DGA es la falta de médicos que está incidiendo sobre la presión asistencial a la que está sometida la Atención Primaria y los hospitales de la comunidad. Según datos del Salud, en 2020 se han jubilado más de 200 sin contar con relevo hasta la fecha por la falta de planificación. Por esa razón se está barajando la posibilidad de la llegada de médicos extranjeros con el MIR para subsanar esta carencia.

La siguiente en el disparadero es **Canarias**. Las cifras han aumentado de manera categórica con 163 jornadas para operación y 25.460 pacientes englobando la lista quirúrgica. Las cirugías que más se han retrasado son las vasculares, las plásticas, las torácicas y oftalmológicas. Sin lugar a duda, la situación epidemiológica por la Covid-19 ha trastocado la actividad asistencial tanto en Atención Primaria como hospitalaria. Por lo tanto, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, al igual que la de Aragón, recurrirá a las derivaciones a la sanidad concertada, fomentará la cirugía ambulatoria, ampliará horarios de tarde y reforzará el acceso a pruebas diagnósticas en Atención Primaria como principales recursos para reconducir la situación. Mientras tanto, cabe destacar que el Servicio Canario de Salud contrató 4.2000 profesionales sanitarios mediante un gasto extraordinario de 280 millones de euros, entre marzo y agosto, para poder afrontar la crisis del coronavirus. Otro factor, a destacar, es la huelga indefinida de los médicos especialistas en protesta por el abuso de contratos temporales que mantiene un tira y afloja entre sindicatos y el SCS.

Castilla y León es la comunidad que ha experimentado el empeoramiento más significativo. Al igual que en el resto de las regiones la crisis de la pandemia ha prendido la mecha de las listas de espera. Si en 2019 la demora media quirúrgica fue de 67 días, muy por el contrario, en 2020 los parámetros se han disparado hasta los 161 días, es decir, casi cien días más. El socavón es brutal. Además, un total de 25.347 pacientes esperan ser avisados para intervención. Las especialidades quirúrgicas con retardos más amplios son traumatología, oftalmología y cirugía general. Con respecto a las consultas y pruebas diagnósticas (TAC, resonancias, ecografías y mamografías) el coronavirus ha ocasionado que prácticamente se suspendan todas por lo que también se han incrementado. Por otro lado, aunque la Junta de Castilla y León ha defendido que la brusca suspensión de la actividad ambulatoria en los hospitales ha sido contrarrestada por la actividad telemática llevada a cabo por los profesionales que, junto con la reducción de la demanda registrada desde los centros de Atención Primaria, ha motivado una disminución de un 25% de la lista de espera de consultas externas, pese a ello, la atención sin citas presenciales se ha cobrado la vida de unos cuantos pacientes oncológicos, con especial incidencia en la provincia de Burgos. Son los daños colaterales de la Covid-19. La necesidad de un cambio de modelo en la sanidad rural y la reapertura de los centros de salud son otros focos por solventar.

La radiografía de la **Comunidad de Madrid** genera enormes dudas a la hora de encasillarla. Los valores facilitados, tanto al Ministerio de Sanidad como a la opinión pública, reflejan que 60.615 madrileños están pendientes de operación. Si echamos la vista atrás, hace más de una década la expresidenta madrileña Esperanza Aguirre, sin reparo alguno, utilizó como baza electoral la promesa populista que ningún madrileño esperaría más de un mes por una operación y de paso soltó otras perlas como que quería una “*sanidad pública tan buena o mejor que la privada*”. Al cabo del tiempo, a no ser que medie un truco de prestidigitación, ha quedado sobradamente demostrado que, por lógica, es imposible que en treinta días un paciente sea visto por su médico de familia, pase consulta con el especialista, le practiquen las pruebas diagnósticas y le intervengan. Mucho ha llovido desde 2003, pero llama poderosísimamente la atención que en la actualidad la media para cirugía en la comunidad madrileña se sitúe en los 42 días. ¿Magia en tiempos de pandemia? Lo cierto es que el plan privatizador implantado desde entonces, no para elevar el nivel de la sanidad pública sino para introducir empresas privadas en el sistema, es el modelo continuista y de negocio impulsado por Díaz Ayuso. La construcción en un tiempo récord del hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal, con 1.000 camas para tratar exclusivamente a los enfermos del coronavirus, es otra maniobra de desmantelamiento de la sanidad pública, similar a las de Aguirre, puesto que el personal se propone prorratear de las exhaustas plantillas de los hospitales públicos. ¿En realidad era necesario un centro sanitario de usar y tirar? Tal vez, lo urgente sea dotar todos los ámbitos de la sanidad pública: número de camas, UCI, instalaciones sanitarias infrautilizadas, enfermeras, celadores, etc. Y eso sin olvidarnos del aumento de personal en Atención Primaria, puesto que ha quedado más que probado que durante la Covid-19 muchos centros de salud se convirtieron en un verdadero caos debido a que decidieron descolgar los teléfonos y no atender, aparte de que la descoordinación campó a sus anchas viéndose afectados miles de pacientes por la falta de seguimiento y notificación de los resultados de las pruebas practicadas por el coronavirus, teniendo que guardar cuarentena en sus domicilios sin saber realmente si estaban, o no, afectados. En otro orden de cosas, la situación crítica del SUMMA 112, el programa de detección precoz del cáncer de mama que lleva meses paralizado o la falta de médicos son otras fragilidades que el Gobierno de Díaz Ayuso debería subsanar.

Otra comunidad con una lista de espera deficiente, bajo nuestro criterio, es la **Comunidad Valenciana**. La dilación media para operarse queda fijada en los 154 días (casi el doble que el pasado año), con 45.936 ciudadanos abarcándola. Los pacientes que se mantienen durante más tiempo anquilosados se encuentran en cirugía plástica, pediátrica, torácica, cirugía ortopédica y traumatología por este orden. El desplome ha conllevado que la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, dentro del ‘Plan Óptima 2020-2023’, haya aprobado un programa especial de productividad, con una inyección de 20 millones de euros, para mejorar la demora asistencial en intervenciones quirúrgicas. Desde Sanitat han destacado que este programa implica tanto las jornadas vespertinas de operaciones programadas, como además la contratación de 128 profesionales de enfermería, facultativos y celadores. En conclusión, el autoconcerto y el plan de choque se complementarán para dar salida al atasco generado por las listas de espera. Por otra parte, la situación de la atención primaria en estos momentos es insostenible por la falta de medios en los centros de salud, lo cual impide al personal poder garantizar una asistencia sanitaria de calidad, así como desempeñar su trabajo con la dignidad que merecen. Por esa razón, las jornadas de concentración a las puertas de los ambulatorios se han sucedido exigiendo un aumento de la plantilla estructural y, en definitiva, reivindicando la revisión del modelo de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana mediante una mayor financiación, pero no solo en la asistencia básica sino también en otros servicios deficitarios como las Urgencias.

Avanzando con la disección, los números también han aumentado de manera categórica en **Cantabria** y **Baleares** con guarismos para intervención muy parecidos, 150 y 140 días respectivamente. En la primera contabilizamos unos 11.940 pacientes esperando una cirugía, mientras que en la segunda computamos 12.083 para lo mismo. Las especialidades, en ambas, en las que los tiempos de espera despuntan son traumatología, oftalmología y cirugía general y digestivo. La principal problemática de las dos viene marcada por el déficit de profesionales. En Baleares este mal endémico se ha acentuado en enfermería y Atención Primaria donde, en estos momentos, unos doscientos médicos ya ejercen sin la homologación del título, indicativo de la dificultad tremenda que existe para encontrar especialistas, lo cual ha desencadenado en una huelga, por parte del sindicato médico, en medio de la pandemia. Igualmente, en Cantabria el colectivo médico también está obstinado reclamando la carrera profesional, que se prime la llegada de médicos a zonas despobladas o requiriendo la necesidad de potenciar la Atención Primaria ante la sobrecarga.

Extremadura tampoco hace los deberes. El panorama que se vislumbra no es muy esperanzador si observamos que la demora para operación es un tanto excesiva, ubicándose en 131 jornadas. La cifra de extremeños que la contempla ha ascendido notablemente hasta los 26.037. Ramas como angiología y cirugía vascular, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, neurocirugía y traumatología se encuentran en números rojos puesto que superan los 150 días de media. Para su reducción, el consejero de Sanidad, José María Vergeles, a mitad de año, anunció la puesta en marcha de un plan especial en el que se destinarán 36,5 millones de euros para rebajarlas de forma contundente. Y es que entre las dos Extremaduras existen diferencias sustanciales. La sanidad cacereña es la más castigada por la ausencia de planificación y la falta de gestión en las que se ven reflejadas la escasez de recursos humanos y materiales, a todos los niveles, como el desmantelamiento, a lo largo del año, de la unidad de cirugía vascular. El hospital San Pedro Alcántara y el Virgen del Puerto son un vivo retrato de que Cáceres tiene una sanidad de tercera ante la carencia de especialistas de pediatría y anestesiología. No obstante, las plantillas de los hospitales de Badajoz también cojean y precisan médicos de UCI y urgencias. Como nota negativa, cabe destacar el caso, con resultado de muerte, de una mujer de 48 años con PCR positivo en Covid-19 a la que una médica del Centro de Salud Aceuchal (Badajoz) telefónicamente, pese a sufrir síntomas de asfixia, le diagnosticó de nervios y recomendación de acudir a un psicólogo. Su caso no ha sido el único, con fatal desenlace, por la imposibilidad de conseguir atención presencial.

Otra que ha empeorado ostensiblemente de un año para otro es **Murcia**. El retraso medio para cirugía se ha elevado hasta alcanzar los 118 días, es decir, unos cuarenta más con respecto a 2020. Por consiguiente, son 23.355 pacientes los que la acrecientan. Neurocirugía, cirugía plástica, cirugía maxilofacial y traumatología son las especialidades donde los valores repuntan al alza debido a que han tenido las agendas cerradas durante diferentes fases del año como consecuencia de la pandemia. Por lo tanto, creemos que sería preciso la confección de un plan de choque que aborde de forma inmediata el deterioro en las listas de espera, y no solo para intervenciones sino también en pruebas diagnósticas puesto que el número de personas sin cita ha aumentado. En resumen, es indispensable destinar buena parte de los presupuestos de 2021 a la inversión sanitaria puesto que, además de las carencias anteriormente apuntadas, la atención primaria en estos momentos necesita refuerzos porque está desbordada, aparte de que sería esencial reabrir los centros de salud que permanecen cerrados, ampliar plazas de UCI o la creación de puntos Covid-19 independientes. En general, medidas que apacigüen el temporal sobrevenido por la epidemia ya que durante la segunda ola la falta de medios ha perseverado. Es una sinrazón que no se haya contratado más personal después del parón a raíz del estado de alarma.

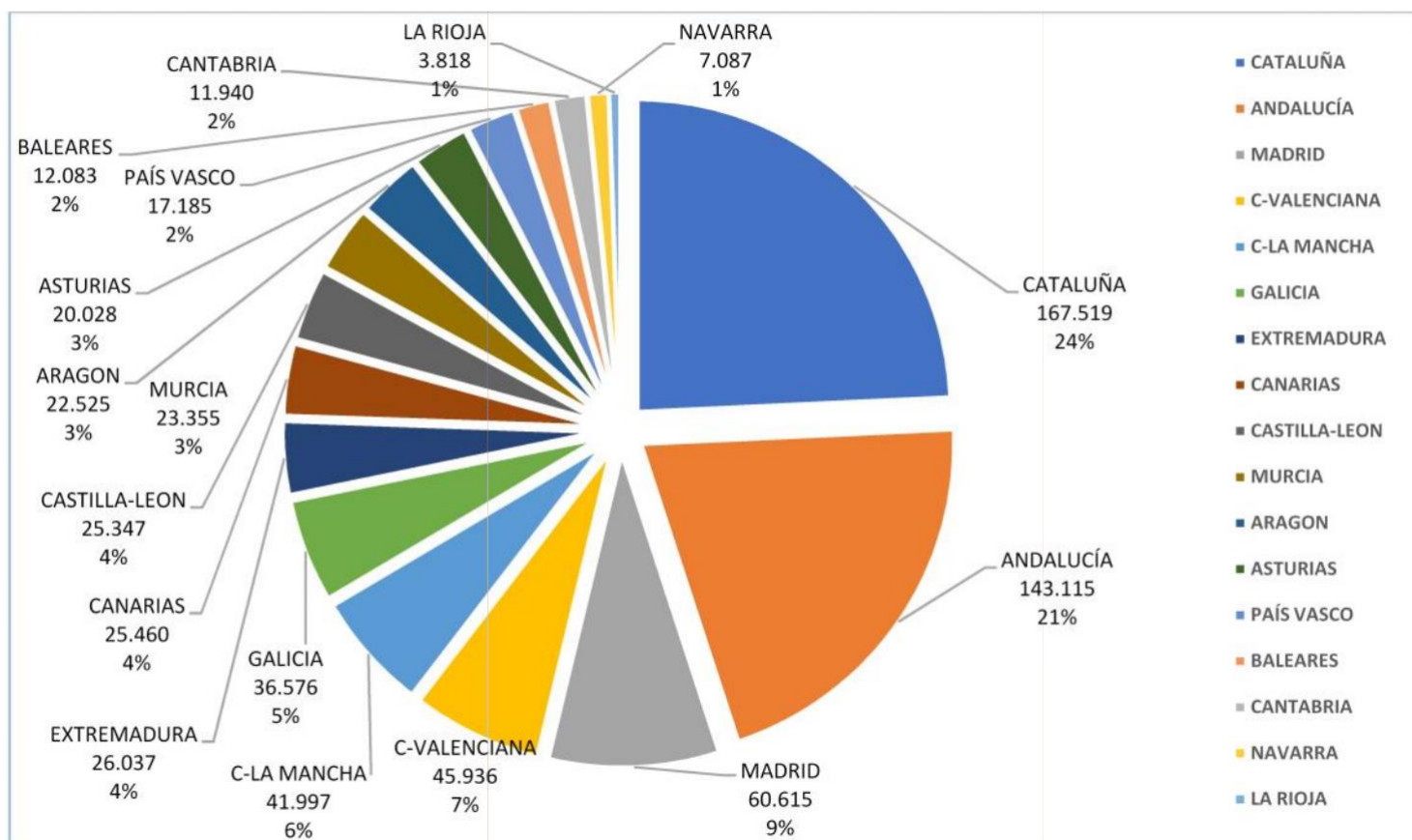
Navarra, obtiene sus peores resultados de lista de espera en los últimos veinte años. Por primera vez, sus datos salen de entre los mejores. Santos Induráin, la consejera de Salud del Gobierno de Navarra, ha reconocido a lo largo del año que la situación no es la deseada y que están trabajando para volver a niveles previos del inicio de la pandemia. La comunidad foral va a la par con la región murciana en cuanto a promedio de días para cirugía: 112. Además, unos 7.087 navarros están pendientes de una intervención. Los navarros que sufren los mayores retrasos se encuentran en cirugía torácica, traumatología y ortopedia. De todas formas, en primeras consultas y en pruebas diagnósticas el acrecentamiento de los plazos ha sido mucho más significativo que en cirugía. Quizás habría que apostar por ganar capacidad resolutive en Atención Primaria para atajar el desmoronamiento que se ha producido en 2020.

En la zona templada de esta encrucijada se sitúa **Galicia**. El número de gallegos a la espera de someterse al bisturí es de 36.576 con un período medio de 101 días. De hecho, para 2021, la Consellería de Sanidade va a derivar 9,2 millones de euros a compensar al personal sanitario por trabajar en jornada de tarde, es decir, lo que se conoce como las peonadas para descongestionar los tiempos que se han duplicado en época de pandemia. Los servicios más agarrotados son traumatología, cirugía plástica y cirugía maxilofacial. Con el paso del tiempo, la comunidad gallega ha salido de la cola de las listas de espera, donde estuvo sumida la última década, y durante los últimos cinco años ha conseguido estabilizar sus guarismos. Pero esta mejoría no quiere decir que la comunidad gallega sea una balsa de aceite, todo lo contrario, puesto que los recortes presupuestarios, la falta de personal sanitario y el cierre de camas en toda la red del Sergas han estado a la orden del día durante la pandemia por la escasez de recursos, mientras que, paradojas del destino, se ha estado derivando dinero público a hospitales privados. Otros desperfectos los encontramos en el deterioro de la salud mental que precisa un plan estratégico para poder prestar una atención psiquiátrica y psicológica de calidad, pero, sobre todo, en el abandono que sufre la Atención Primaria por la sobrecarga asistencial que soportan los centros de salud, fruto de los recortes, con el añadido del cierre de consultorios rurales y la ausencia de pediatras. Menoscabos que a los que más afecta es a los profesionales de este gremio a base de contratos eventuales cada vez más precarios e indignos, por lo que impera la creación de un plan de mejora que restituya la dignidad y potencie la capacidad de resolución de este sector. En otro aspecto, los casos de supuesta mala praxis médica por no obtener cita presencial también se han estado sucediendo, al igual que en otras regiones, y lo más grave aún en pacientes oncológicos que desafortunadamente han terminado falleciendo o con secuelas irreversibles.

Por otra parte, las demoras en el **País Vasco** son un tanto excesivas si observamos que la media para cirugía se ubica en 96 jornadas, es decir, el doble que en 2019. Sus peores cifras en años. En lo relacionado con el número de personas figuran alrededor de 17.185. Al igual que Navarra, la sanidad vasca pierde enteros. Las ramas médicas que salen maltrechas son cirugía plástica, traumatología y cirugía vascular y angiología. Sí es cierto que es la región que más invierte en el ámbito sanitario, por lo que debería manejar unos dígitos más saneados, pues a diferencia de la mayoría de comunidades autónomas aquí la plantilla estructural se ha incrementado notablemente en los últimos dos años.

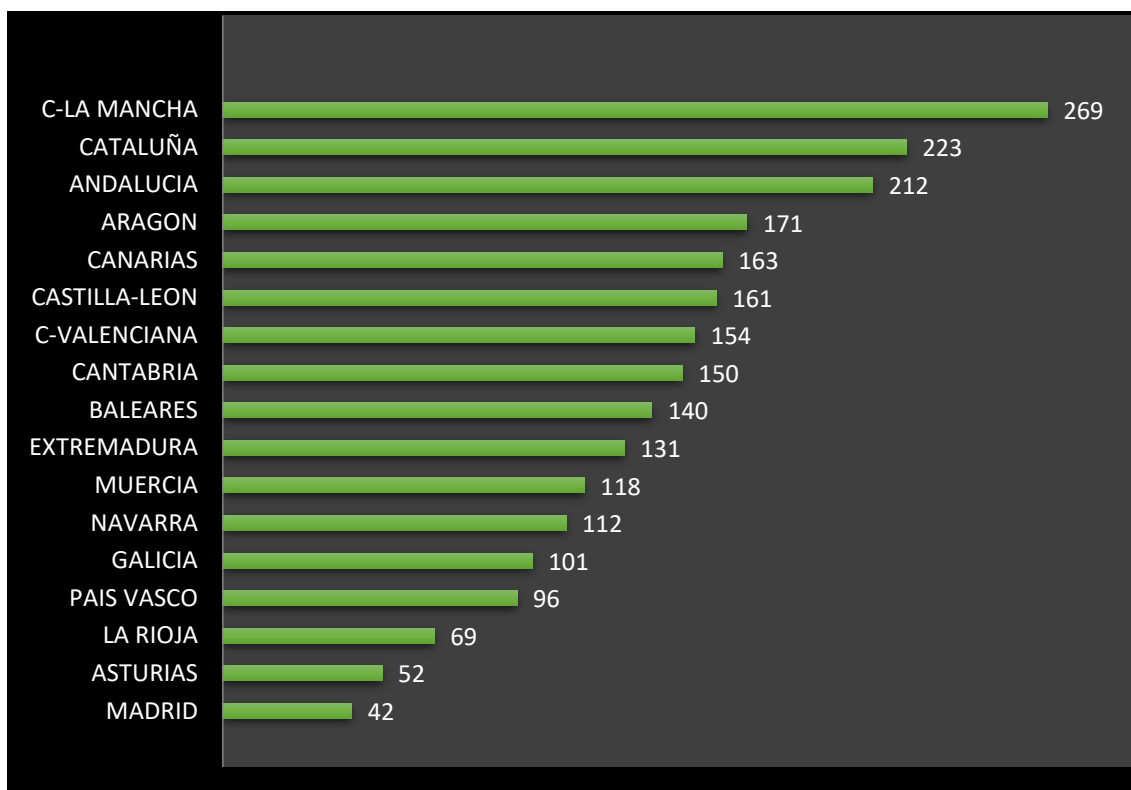
Para concluir, debemos puntualizar que únicamente pasan el corte la gestión de **Asturias** y **La Rioja**, ya que, en las dos, el intervalo para cirugía oscila entre 52 y 69 días. Al respecto, 20.028 asturianos y 3.818 riojanos permanecen en espera quirúrgica.

691.508 PACIENTES en LISTA de ESPERA QUIRÚRGICA – 2020



COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº de PACIENTES en LISTA ESPERA
CATALUÑA	167.516
ANDALUCÍA	143.115
MADRID	60.615
C. VALENCIANA	45.936
C – LA MANCHA	41.997
GALICIA	36.576
EXTREMADURA	26.037
CANARIAS	25.460
CASTILLA y LEÓN	25.347
MURCIA	23.355
ARAGÓN	22.525
ASTURIAS	20.028
PAÍS VASCO	17.185
BALEARES	12.083
CANTABRIA	11.940
NAVARRA	7.087
LA RIOJA	3.818

170 días de DEMORA media para INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA – 2020



COMUNIDAD AUTÓNOMA	DEMORA MEDIA en días para INTERVENCIÓN
C-LA MANCHA	269
CATALUÑA	223
ANDALUCÍA	212
ARAGÓN	171
CANARIAS	163
CASTILLA y LEÓN	161
C.VALENCIANA	154
CANTABRIA	150
BALEARES	140
EXTREMADURA	131
MURCIA	118
NAVARRA	112
GALICIA	101
PAÍS VASCO	96
LA RIOJA	69
ASTURIAS	52
MADRID	42

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

1. MADRID  **(2.492 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitario La Paz
- 2º Hospital Doce de Octubre
- 3º Hospital Universitario Gregorio Marañón
- 4º Hospital Ramón y Cajal
- 5º Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles)

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

2. ANDALUCÍA  **(2.003 Casos).**

- Sevilla 683
- Málaga 575
- Córdoba 235
- Cádiz 209
- Granada 122
- Almería 86
- Huelva 50
- Jaén 43

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

3. CATALUÑA **(1.444 Casos).**

- Barcelona 1.175
- Tarragona 161
- Girona 68
- Lleida 40

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari de Bellvitge
- 2º Hospital Universitari Vall d'Hebron
- 3º Hospital Clínic de Barcelona
- 4º Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona
- 5º Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

4. COMUNIDAD VALENCIANA **(891 Casos).**

- Valencia 505
- Alicante 347
- Castellón 39

- Hospitales más denunciados:

- 1º Hospital Universitari i Politènic La Fe
- 2º Hospital General Universitario de Alicante
- 3º Hospital Clínic Universitari de Valencia
- 4º Consorci Hospital General Universitari de Valencia
- 5º Hospital General Universitari d'Elda

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

5. CASTILLA y LEÓN  **(512 Casos).**

- Valladolid	150
- León	128
- Burgos	83
- Salamanca	58
- Ávila	28
- Segovia	27
- Zamora	15
- Palencia	14
- Soria	9

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Asistencial Universitario de León
- 2º Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid
- 3º Complejo Asistencial Universitario de Burgos
- 4º Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- 5º Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

6. GALICIA  **(510 Casos).**

- A Coruña	218
- Pontevedra	216
- Ourense	52
- Lugo	24

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

7. CASTILLA-LA MANCHA  (506 Casos).

- Toledo 165
- Ciudad Real 128
- Guadalajara 97
- Albacete 89
- Cuenca 27

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

8. MURCIA  (408 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

9. PAÍS VASCO  **(317 Casos).**

- Vizcaya 210
- Guipúzcoa 80
- Álava 27

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

10. ARAGÓN  **(267 Casos).**

- Zaragoza 216
- Huesca 43
- Teruel 8

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

11. CANARIAS (253 Casos).

- Sta. Cruz de Tenerife 144
- Las Palmas de G.C. 109

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

12. EXTREMADURA (249 Casos).

- Badajoz 161
- Cáceres 88

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
- 2º Complejo Hospitalario de Cáceres
- 3º Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida
- 4º Complejo Hospitalario Don Benito – Villanueva de la Serena
- 5º Hospital Virgen del Puerto

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

13. ASTURIAS  **(194 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

14. BALEARES  **(175 Casos).**

- Palma de Mallorca 130
- Ibiza 41
- Menorca 3
- Formentera 1

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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

15. CANTABRIA  **(162 Casos).**

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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



16. NAVARRA (81 Casos).

- Hospitales más denunciados:

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

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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



17. LA RIOJA (41 Casos).

- Hospitales más denunciados:

- 1º Complejo Hospital San Millán San Pedro de La Rioja
- 2º Fundación Hospital Calahorra
- 3º Clínica Los Manzanos

- Reclamaciones, Especialidades y Servicios más denunciados:

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



18. CEUTA y MELILLA (4 Casos).

- Ceuta 2
- Melilla 2

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

- **528 casos de personas fallecidas por presunta negligencia médico-sanitaria** hemos recibido durante 2020 en 'El Defensor del Paciente', lo que equivale a **229 pacientes menos que en 2019**. Los casos más habituales se han producido por mala praxis: intervenciones mal realizadas, altas precipitadas, atención deficiente, infecciones hospitalarias, retrasos en ambulancias, etc. Pero la principal razón se debe al **error de diagnóstico** y la pérdida de oportunidad terapéutica.
- **251 casos**, son los que hemos recibido de **personas que se sometieron a una intervención de cirugía plástica, reparadora y estética, con resultado insatisfactorio**. La cifra es bastante inferior en comparación con el año pasado, aunque con la pandemia las personas se han sometido en menor medida a este tipo de intervenciones.
- **97 bebés** nacieron con alguna discapacidad, lo que supone 51 casos menos respecto al año anterior, relacionados con partos llevados de forma inadecuada o con fórceps, causando secuelas como sufrimiento fetal, parálisis cerebral o braquial, etc. Lo triste en este apartado es que, en numerosos de estos casos, los ginecólogos no informan a los padres durante el embarazo de las malformaciones del feto y luego muchos bebés fallecen a las pocas horas de nacer por ser incompatibles con la vida.
- **41 fallecidos**, en casos en los que tras avisar al **112**, o bien **no se envió una ambulancia al domicilio** para trasladar al enfermo a un hospital, o bien en esos casos la respuesta fue tardía con más de una hora de retraso.
- **35 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.
- **82 casos de estado de discapacidad** en pacientes después de intervención quirúrgica, quedando en estado de tetraplejia o paraplejia. Este dato supone 24 casos menos contabilizados comparándolo con 2019.
- **64 casos de afectadas por depilación láser**. Este es un dato muy a tener en cuenta, pues es una técnica que durante los últimos años ha incrementado su práctica dentro de las cadenas de estética. Algunas de ellas, utilizan láseres que no son de buena calidad, además de que el personal que realiza estos tratamientos, en muchos casos no son médicos, y por lo tanto, no están cualificados a tal efecto. Mientras que la Administración Sanitaria no realice controles estrictos y conceptúe una normativa de obligado cumplimiento que legisle su uso, única y exclusivamente por personal médico, nos seguiremos encontrando con personas que sufren quemaduras importantes.
- **24 casos de contagiados por hepatitis C (VHC)**. El guarismo es prácticamente idéntico al del año anterior, con tres casos menos. La mayoría vienen originados por transfusiones de sangre en intervenciones.
- **154 personas nos denunciaron haber sido dadas de alta sin estar en condiciones óptimas de poder ir a trabajar**. La falta de coordinación entre el sistema contractual y el sistema protector en la Seguridad Social está generando un grave desajuste en nuestro sistema, con terribles consecuencias para el trabajador.

SERVICIOS MÁS DENUNCIADOS en 2020

1º - Listas de Espera

2º - Cirugía general

3º - Urgencias

4º - Traumatología

5º - Ginecología y Obstetricia

6º - Odontología y maxilofacial

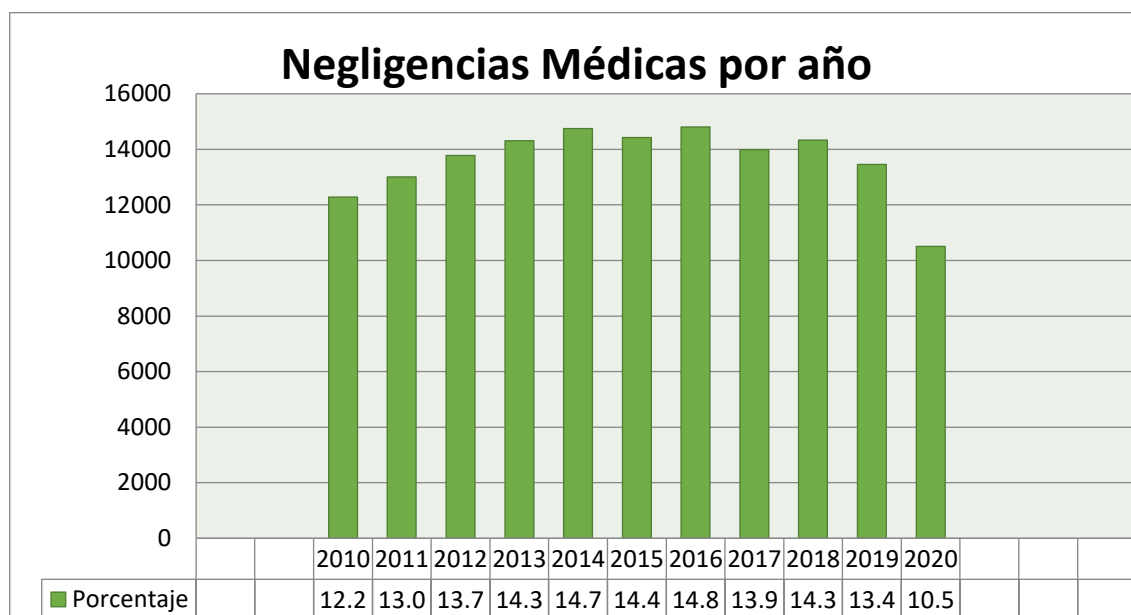
7º - Transporte sanitario y Ambulancias (112 y 061)

8º - Anestesia y reanimación

9º - Cardiología

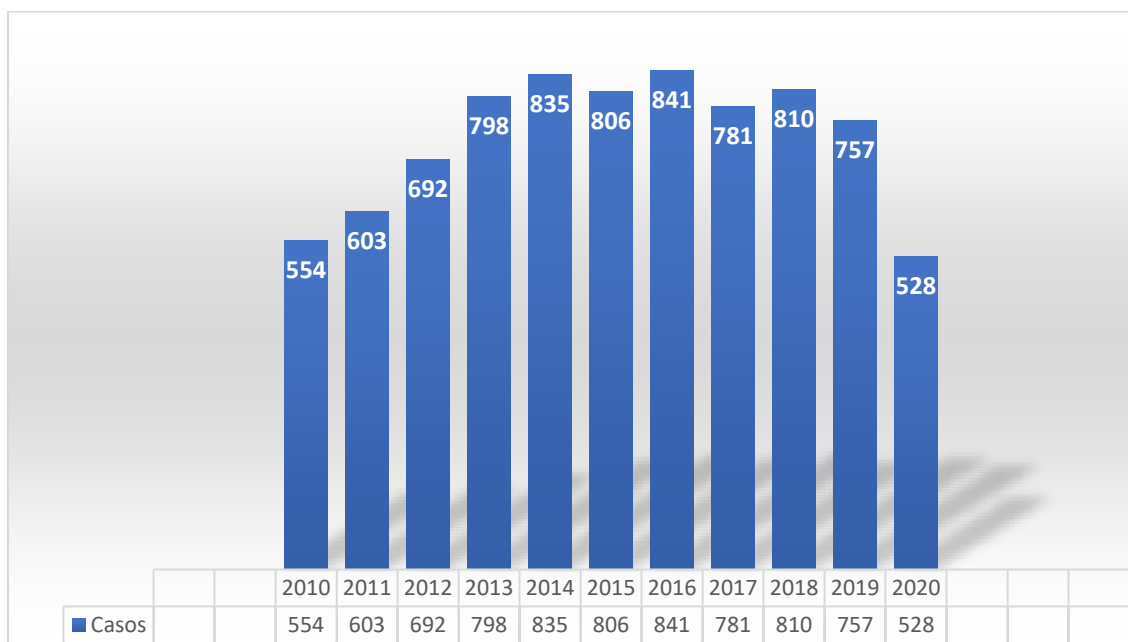
10º - Oncología

**ESTADÍSTICAS de casos recibidos en El DEFENSOR del PACIENTE
por negligencia médica en el período comprendido entre 2010 y 2020.**



AÑOS	NEGLIGENCIAS
2010	12.162
2011	13.010
2012	13.782
2013	14.307
2014	14.749
2015	14.430
2016	14.802
2017	13.983
2018	14.335
2019	13.454
2020	10.509

Fallecimientos por Negligencias Médicas.



AÑOS	FALLECIMIENTOS
2010	554
2011	603
2012	692
2013	798
2014	835
2015	806
2016	841
2017	781
2018	810
2019	757
2020	528

ÍNDICE

MEMORIA 2020	1
OPINIÓN	2
FALTA de PROFESIONALES SANITARIOS	4
ATENCIÓN PRIMARIA	5
DECÁLOGO CORONAVIRUS	6
RESIDENCIAS	8
Inaceptable postura de la FISCALÍA	10
URGENCIAS	12
LISTAS de ESPERA	13
ESTADÍSTICA 2019 por COMUNIDADES	22
Nº de FALLECIDOS, DISCAPACITADOS, etc	30
SERVICIOS más denunciados	31
ESTADÍSTICAS NEGLIGENCIAS 2010 / 2020	32
ESTADÍSTICAS FALLECIMIENTOS 2010 / 2020	33
ÍNDICE	34