



PARLAMENTO DE ANDALUCIA

XI Legislatura

**Grupo de Trabajo relativo a mejora de
la asistencia sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma**

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. DÑA. MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ MUÑOZ

18 de enero de 2022

Número 4

Comisión de Salud y Familias



SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

Comparecencias informativas.

SUMARIO

Se abre la sesión a las once horas, doce minutos del día dieciocho de enero de dos mil veintidós.

COMPARECENCIAS INFORMATIVAS

Marea Blanca Andaluza (pág. 6).

Intervienen:

- D. Sebastián Martín Recio, representante de Marea Blanca Andaluza.
- D. Ismael Sánchez Castillo, del G.P. Unidas Podemos por Andalucía.

Asociación Interprofesional de Atención Temprana (pág. 15).

Interviene:

- D. Rafael Ibáñez López, presidente de la Asociación Interprofesional de Atención Temprana.

Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos (pág. 24).

Intervienen:

- D. Fernando Miguel Gamboa Antiñolo, presidente de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos .
- Dña. María José Piñero Rodríguez, del G.P. Vox en Andalucía.

Organización Médica Colegial de España (pág. 31).

Interviene:

- D. Juan José Rodríguez Sendín, médico de familia y presidente de la Organización Médica Colegial de España de 2009 a 2017 [*Comparecencia telemática*].

Fundación de Atención Temprana Antonio Guerrero (pág. 40).

Interviene:

D. Antonio Guerrero León, presidente de la Fundación de Atención Temprana Antonio Guerrero.

Se levanta la sesión a las trece horas, treinta y siete minutos del día dieciocho de enero de dos mil veintidós.

Comparecencias

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, ¿don Juan José Rodríguez Sendín?

Mire, le queríamos... Es que tiene usted la cámara y el micrófono desconectados. Le queríamos comentar que creemos que su intervención tendrá lugar a las doce y media en... Es usted representante de Médicos de familia y presidente de la Organización médica colegial de España de 2009 a 2017, ¿verdad?

El señor JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—Es que no le he entendido bien. Le oigo muy lejos.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—¿Puede encender el micrófono, por favor?

El señor JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—¿Me repite, por favor?

Es que no la oigo. La oigo con eco y no entiendo lo que me ha dicho.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, bienvenido.

El señor JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—Vale, buenos días.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Mire usted, según tenemos apuntado en el orden del día, la intervención de su colectivo, de médicos de familia y presidente de la Organización médica colegial de España, tendrá lugar a partir de la doce y media.

El señor JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—¿Sobre las doce?

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Sí, y media, doce y media. Entonces, le ruego que se desconecte para que puedan entrar otras personas que van a intervenir a las once, a las once y media y a las doce. Le esperamos a usted a las doce y media.

Muchísimas gracias.

Marea Blanca Andaluza

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, nos encontramos en la sesión de hoy, día 18 de enero, del grupo de trabajo relativo a la mejora en la asistencia sanitaria en nuestra comunidad andaluza.

Y tendrá lugar ahora la intervención de..., primero, le damos la bienvenida, desde este Parlamento a Marea blanca andaluza. Está aquí representando al colectivo don Sebastián Martín Recio. Aquí estamos para escuchar sus aportaciones, sus comentarios y todo lo que tenga que decir. Sabe usted que tiene un tiempo de intervención entre 15 y 20 minutos. Después, si algún parlamentario, algún portavoz quisiera intervenir puede hacerle cualquier cuestión, y para responder a ella tendría otros cinco minutos.

Cuando quiera, puede comenzar.

El señor MARTÍN RECIO, REPRESENTANTE DE DE MAREA BLANCA ANDALUZA

—Bien, buenos días. Gracias a este grupo de trabajo por invitar a Marea blanca a poder tener la oportunidad de hacer una exposición, unas reflexiones sobre la situación sanitaria que tiene Andalucía.

Tengo que decir, en primer lugar, como introducción vital, personal que, entre pecho y espalda, llevo un *tsunami* de indignación por la situación que atraviesan los servicios sanitarios públicos en Andalucía. En estos momentos, viniendo para acá he pensado que, a esta hora, en muchos centros de salud hay personas haciendo cola, esperando poder conseguir una cita presencial. Y se me vienen a la mente pueblos como Villaverde, como el Ronquillo, como El Garrobo, como Lebrija, pueblos que han tenido movilizaciones, por ejemplo, en la comarca de La Vega, en la sierra sur, delante de los centros de salud; centros de salud como Palmete, reclamando un pediatra.

Hay ahora mismo un revulsivo social de frustración enorme hacia la política que se está desempeñando, por parte del Gobierno andaluz, como consecuencia del deterioro tan grave que están sufriendo los servicios sanitarios.

Pienso, por ejemplo, en las 300.000 personas que dependen del hospital del Aljarafe, que tiene una infradotación en personal y en recursos, algo así como un 30% menos que cualquier hospital comarcal.

Pienso, por ejemplo, en la comarca de Cádiz, donde decenas de pueblos que agrupan a cerca, también, de 300.000 habitantes, son obligados a ir a especialistas de clínicas privadas, de las clínicas Pascual. Que también se han manifestado, reclamando que todo esto revierta a la sanidad pública, tanto el hospital del Aljarafe, como la clínica que ahora mismo son privadas, de Pascual, el ámbito asistencial pase a ser público.

Pienso, también, en ese centro de infecciones de transmisión sexual, que hemos tenido dos movilizaciones, que actualmente tiene un dermatólogo que va dos veces en semana por la tarde, unas cuantas horas. Y que la Junta de Andalucía, el Gobierno andaluz..., vamos, la delegada territorial se comprometió, hace poco más de un mes, a aumentar la dotación, porque estaban haciendo un proyecto piloto donde en los centros de salud se iban a ver a todas las personas que fueran con los síntomas de infecciones de transmisión sexual. Pero ya sabéis que conseguir solo una cita presencial, ya de por sí, puede tardar dos, tres o cuatro semanas, mucho más si a eso se le añade la analítica —cuyos medios no están en la mayoría de los centros de salud— diagnóstica necesaria, la analítica diagnóstica necesaria, y mucho más todavía si también se deriva a un especialista, ¿no?

Entonces, ese centro de infecciones de transmisiones sexual, ahora mismo, atiende a toda la provincia de Sevilla con un solo dermatólogo dos veces en semana, y se corre el riesgo, realmente, de que personas que tengan síntomas compatibles con una infección de transmisión sexual, que no pueden acceder al centro de salud, que el centro de infecciones de transmisiones sexuales está con esa infradotación, pues, estén en un periodo donde, efectivamente, siguen aumentando las transmisiones de infección sexual. Se van propagando, porque las relaciones sexuales se siguen manteniendo, ¿no?

Bien, todo esto, todo este *tsunami* de indignación que nos llega hoy aquí, yo tendría un poco la responsabilidad de resumirla, sintetizarla, clasificarla para ustedes, y también, con estas reflexiones intentar llegar a algún tipo de alternativa, de posibilidades de solución del problema, y eso cómo se cuantificaría y, en resumen, qué es lo que podemos hacer, ¿no?

Entonces, en este documento, que es el que no voy a leer porque, aunque tenga solo diez páginas, no da tiempo en esos veinte minutos, pero sí lo voy a resumir. Vienen diez puntos que, desde mi punto de vista, después de la introducción esta que he hecho, donde he señalado, digamos, síntomas evidentes, lo que serían titulares de la actualidad, ahora mismo, sanitaria en Andalucía, son reflexiones más profundas.

En primer lugar, quiero aprovechar la ocasión para llevar la reflexión sobre la situación sanitaria y el estado de salud de las personas de Andalucía, de los andaluces y andaluzas, a un espacio muy importante que es lo que llamamos los factores determinantes en salud. Es decir, hay una serie de factores que van más allá de un virus, de una bacteria, de un trauma, que inducen de manera directa a que empeore el estado de salud.

Y entonces, aquí en este dossier que ustedes van a recibir porque vuestro letrado, Manuel Carrasco, don Manuel Carrasco, va a enviarlo por correo electrónico, hay un documento sobre las desigualdades en salud. Y en ese documento vienen especificados claramente cuáles son esos determinantes.

En resumen, voy a señalar, de todos los puntos que hay, que son concretamente once, dos o tres. Por ejemplo: el índice de pobreza de exclusión social, la renta por habitante, los salarios —cómo están en Andalucía—, qué está pasando con la tasa de paro... Todos estos temas que son, digamos, situación socioeconómica de Andalucía, se analiza en este documento basado en un informe del catedrático

tico, del profesor don Manuel Delgado Cabeza, donde se ve claramente que la situación andaluza se define —y lo podéis ver en el informe de Cáritas que acompaño— como una situación de emergencia.

Y está demostrada científicamente la relación que hay entre el estado de salud y estos factores. Es decir, las personas que están en exclusión social, que están en el umbral de la pobreza, que tienen falta de dotaciones básicas, como por ejemplo la vivienda, etcétera, tienen muchas más posibilidades de contraer enfermedades.

Igual que también se hace un pequeño análisis del atraso en el tema educativo. Hay una relación directa entre el nivel educativo y el nivel de salud de la población. Y aquí, pues, hay el abandono escolar temprano en Andalucía, que asciende al 23% de la juventud andaluza entre 18 y 24 años, el 23%; la media europea está en el 11%.

Ese es el preámbulo con el que comienza el informe para hacer una reflexión, y es que, en ese contexto socioeconómico, donde hay un deterioro social importante en las condiciones de vida de las personas, eso propicia el abandono escolar temprano en Andalucía asciende al 23% de la juventud andaluza entre 18 y 24 años —23%; la media europea está en el 11%—. Ese es el preámbulo con el que comienza el informe para hacer una reflexión de que, en ese contexto socioeconómico, donde hay un deterioro social importante en las condiciones de vida de las personas, eso propicia la aparición de mayor número de enfermedades.

Entrando en la situación de salud, antes de los servicios sanitarios, la situación de salud, señalo unas cuantas cosas que llaman la atención a cualquiera de vosotros, cualquiera de vosotras, que seguramente tenéis la información, pero yo quiero remarcarlo esto. Por ejemplo, la tasa de mortalidad en Andalucía es un 38% más alta que en otras comunidades autónomas —por ejemplo, que en Madrid—. En el informe pongo eso, y debajo pongo el enlace donde pueden encontrar todos los datos. Pero el titular es que la tasa de mortalidad es un 38% más alta en Andalucía que en Madrid. Pero es que en el Informe FOESSA —este de exclusión y desarrollo social que encargó Cáritas— del 2019 hay algo que a mí me llamó la atención cuando lo vi y es que, fíjense: los gastos de las familias en sanidad privada han crecido en Andalucía un 40% en el periodo 2007-2017. El crecimiento medio en todo el Estado ha sido un 19%; sin embargo, aquí ha sido un 40%. ¿Qué ha pasado en Andalucía para que en ese periodo hayan incrementado las familias el gasto privado de recurrir, digamos, a la sanidad privada un 40% más, mientras que la media del Estado es un 19%? ¿Qué ha pasado? Pues, evidentemente, ha pasado que ha habido un deterioro de la sanidad pública y aquí sí hay que hacer constar que los Gobiernos anteriores —en este caso, del Partido Socialista— durante diez años hicieron severos recortes que disminuyeron mucho la calidad asistencial y deterioraron la sanidad pública. Eso deben de reconocerlo públicamente y, antes de ofrecer pactos por la sanidad, deben de hacerse un pacto consigo mismos —me refiero al Partido Socialista—, reconociendo el error mayúsculo que cometieron cuando, en los recortes de aquellos años, seleccionaron precisamente, con una metodología que todos sufrimos en la gestión, recortaron severamente los recursos para la sanidad pública.

Otro dato: la sanidad privada en Andalucía acumula ya el 32,8% del gasto total. Ojo, ya estamos por encima de la media y somos el tercer país en Europa que, dentro del gasto sanitario total, el porcentaje que mueve la sanidad privada ya es un 32,8%. Y aquí, en Andalucía, ya nos estamos aproximando a 2 millones de pólizas de seguros privados. Está claro —también pongo ahí el enlace, donde van todos los datos— está claro que el deterioro de la sanidad pública empuja, sobre todo por el tema de las listas de espera y las demoras, empuja a muchísima gente a contratar un seguro privado; seguros privados, por supuesto, que se están colapsando también, porque el incremento de pólizas que han tenido no ha venido acompañado de un incremento de los recursos sanitarios de la sanidad privada, de personal y de infraestructuras. Y se está produciendo un colapso también en la sanidad privada porque, en aras del beneficio, están haciendo unas campañas atroces para captar seguros, pero al mismo tiempo no están haciendo una campaña atroz para aumentar sus propios recursos. Se nutren de la sanidad pública a través de los conciertos, esperan el personal de la sanidad pública, al cual algunos Gobiernos, como el andaluz, les ha facilitado que el complemento de dedicación exclusiva, que solo cobraba el personal sanitario que se dedicaba exclusivamente a la pública, desaparece, lo cobran todos, para que no haya freno ninguno para que el personal sanitario, el de la sanidad pública, se incorpore también a la sanidad privada, que está falta de personal. Entonces, el Gobierno, «solidariamente», entre comillas, del dinero público va canalizando hacia la sanidad privada.

Este es otro punto, el cuarto que he puesto aquí, que me llama mucho la atención, que se llama el triángulo de la muerte, que vosotros sabéis que en Andalucía las provincias de Sevilla, Huelva y Cádiz están a la cabeza en España en determinados tipos de cáncer. Y tanto es así que un vasco tiene un promedio de vida que puede ser ocho años más que un andaluz.

El quinto punto —estoy hablando de, digamos, titulares de la situación de salud—, me ha llamado mucho la atención que es la esperanza de vida. Sabéis que presumimos mucho de que Andalucía es de las comunidades que en Europa tienen las personas la vida más larga. Bien, pues aquí traigo un documento —que también está aquí, en el dossier—, donde se hace el estudio comparativo en España de la esperanza de vida. Pero la esperanza de vida hay que tener en cuenta dos cosas: Oiga, usted va a llegar hasta los 83 años. Muy bien. Pero, desde los 75 hasta los 83, usted va a tener una invalidez, una discapacidad, porque no ha sido atendido en una prevención secundaria de sus enfermedades crónicas, que le va a impedir hacer una vida normal. Claro, entonces no es lo mismo la esperanza de vida total que la esperanza de vida libre de discapacidad. Entonces, ahí verán ustedes —ya lo verán cuando lo reciban— un cuadro donde, hombre, Andalucía realmente no sale bien favorecida —sale la última, eh—. Estas son las cosas que te llegan, porque al fin y al cabo, hombre, hablamos de Andalucía, y nos duele, ¿no?, nos duele que estemos a la cola en tantísimas cosas: en el gasto sanitario por habitante, en el número de camas por habitante, en el número de profesionales por habitante y también en el tema de la esperanza de vida libre de discapacidad. Esto es un informe del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, que también lo acompaño aquí. El documento es un documento oficial.

Bien, pasamos a un sexto punto, que es que Andalucía, efectivamente, se encuentra a la cola del gasto sanitario por habitante. Tengo aquí dos cuadros; uno, que son del Ministerio de Sanidad del 2019 y otro del 2021. En los dos estamos...; en uno estamos al final, detrás..., bueno, los últimos, y en el otro estamos los penúltimos, porque ya nos ha adelantado por la cola Madrid. Hombre, la verdad, quiero decir que, cuando uno ve estas cifras presupuestarias, que te llaman la atención —estamos hablando de gasto sanitario—, hombre, existe el artilugio, por decirlo así, de pasar al porcentaje de PIB. Claro, si Andalucía tiene un PIB menor, calculamos sobre algo menor, entonces el porcentaje es mayor. Pero entonces viene la pregunta del millón: ¿por qué tienen ustedes un PIB menor? ¿Qué ocurre con el desarrollo económico, con el dinero que circula y con la capacidad productiva para que estén también a la cola en el PIB? Entonces...

Hay una clasificación, que es muy importante, que la hace la Federación de Asociaciones de la Defensa de la Sanidad Pública, donde maneja algo así como diez criterios diferentes para la valoración —o sea, que no es una cosa hecha con un dato— donde se incluye el índice de satisfacción de los usuarios, donde se incluyen las pruebas diagnósticas que se hacen, donde se incluyen las ratios de personal sanitario por habitante...; es decir, una serie de elementos. Y hay cuatro bloques de comunidades autónomas: una, cuáles son las que tienen mejores servicios sanitarios —que, una vez más, el País Vasco y Navarra son las que encabezan—; otra, comunidades autónomas con servicios sanitarios regulares; otra, que es la tercera, comunidades autónomas con servicios sanitarios deficientes, y la última, comunidades autónomas con peores servicios sanitarios. En ese punto cuarto, en ese bloque cuarto, se puntúa del uno al cien, donde el País Vasco tiene 98 puntos, Andalucía es la penúltima, con 63 puntos. La última es Murcia, con 60, y delante de nosotros Valencia, con 64. Peores servicios sanitarios. Quiero hacer resaltar esto por si a algunas personas de los que estáis aquí, seáis del partido que seáis, os mueve un poco la conciencia, ya no del agravio, sino de la propia dignidad, ¿no? O sea, ¿cómo podemos estar en todos estos indicadores, en esta situación?

Claro, entonces entramos en el tema de... A ver, la evolución... Hablamos del gasto sanitario; vamos a hablar de la evolución presupuestaria, porque a la hora de establecer soluciones aquí, estas soluciones, entiendo, pasan en gran medida por la cuestión presupuestaria, económica. Bien, primeramente quiero decir que en los diez años de crisis, de la burbuja, desde el 2009 hasta el 2019, en Andalucía ha habido un recorte anual de 1.000 millones de euros. Y hemos contabilizado un agujero de cerca de 12.000 millones de euros, lo que ha sufrido Andalucía con los gobiernos del PSOE.

Naturalmente, como cualquier otros déficits, hay que establecer medidas para recuperar el agujero acumulado. El Gobierno actual, y los que vengan, tienen que hacer un plan de recuperación de la sanidad, donde se pase, en primer lugar, por recuperar estos 12.000 millones. ¿Qué son, 10 años, 12 años, 1.000 millones cada año? Eso hay que hacerlo, si queremos recuperar la sanidad. O sea, no estoy hablando de que queramos ponerla... No, no, recuperar.

Entonces, fíjense en una cosa. En el año 2009, el presupuesto que había ejecutado fueron 10.275 millones de euros —presupuesto consolidado, con datos del Ministerio de Sanidad—. Si a esos 10.275

millones del 2009 les sumamos las variaciones del IPC, para tener hoy los mismos presupuestos que en el 2009 tendríamos que tener un presupuesto, en la Consejería de Salud, de 12.278 millones, para equipararnos a la situación del 2009.

Para el 2022, si se aprueban esos presupuestos, serían 1.539 millones de euros menos que estos 12.278. Y si nos vamos al del 2021, porque hay que reconocer que este Gobierno ha incrementado los presupuestos de Sanidad, en comparación con los años anteriores, del orden de 500 e incluso de 1.000 millones. O sea, ha habido un repunte, y eso hay que reconocérselo al Gobierno actual.

Igual que hay que reconocerle medidas muy importantes, como es la recuperación del Hospital Militar; como son las inversiones que se están haciendo para abrir chares; la idea de poner ese centro maternal para desahogar un poco el Hospital Virgen Macarena, que sigue teniendo habitaciones con tres camas... Son elementos positivos que hay que reconocerle a este Gobierno. Pero, presupuestariamente, si se quieren equiparar al 2009, tendrían que ser 12.278 millones lo que tendría que tener de presupuesto. Claro, si a esto se le suma la recuperación del agujero, vamos a suponer que lo hacemos en 15 años, a 1.000 millones anuales, pues entonces ya serían 13.278 millones. Fijaos, ¿eh?

Pero es que ha ocurrido otra cosa, y esto es importantísimo, y es que, desde el 2009 al 2021, la población andaluza ha crecido en 161.488 personas. Y el grupo de edad de más de 64 años, que es el que más recursos sanitarios tiene, ha crecido en 276.000 personas. ¿Qué quiere decir esto? Pues, quiere decir que la situación actual, en comparación con la del 2009, ha incorporado 276.000 personas mayores más, que son las que han ido acumulando las enfermedades crónicas, las que realmente tienen un consumo mayor de recursos sanitarios. Por lo tanto, esta es una variante que hay que tener en cuenta.

Conclusión. Efectivamente, siguen los recortes, efectivamente ha habido un incremento del presupuesto, pero que todavía no hemos llegado al nivel del 2009. Y a esto, ahora le sumas que tenemos unas listas de espera de 850.000 personas. O sea, presupuesto insuficiente, centros de salud colapsados y 850.000 personas en lista de espera. Esta es una situación tremendamente dura, difícil y complicada, que requiere un compromiso por parte de todos para aumentar el presupuesto.

¿De dónde podríamos sacar? Hombre, en primer lugar, estos fondos europeos de la reconstrucción son una oportunidad para conseguir una inyección en este momento crítico. Pero también va ahí otro informe con una tabla, donde queda claro que de estos 69.000 millones, que dicen que van a venir para el reforzamiento de los servicios sanitarios públicos, van 1.069, un 1,5%. ¿Qué vas a hacer con eso para toda España? Esto ya es una crítica al Gobierno del Estado, al Gobierno estatal. Oiga, usted, ¿con 1.069 millones, cómo va a hacer un reforzamiento de toda la sanidad pública en España? Es imposible. Italia, que va a recibir una cantidad parecida, va a dedicar al reforzamiento de los servicios sanitarios 15.000 millones. Francia va a dedicar el triple que nosotros. ¿Qué pacto hay? Es que no lo sabemos.

Bueno, ¿qué es lo que se intuye? Pues lo que se intuye es que en España —que ya van los seguros privados por 14 millones de pólizas, que se supera el 30% del gasto sanitario total— hay una estrategia de reforzamiento, de expansión, de ampliación de la sanidad privada. Y esa complicidad es múltiple, porque

forma parte de la estrategia propia de la sanidad privada, donde ya operan aquí multinacionales importantes. Pero también es cómplice tanto el Partido Socialista como el Partido Popular. Yo tengo el informe...

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Le ruego, caballero, que vaya ya terminando.

El señor MARTÍN RECIO, REPRESENTANTE DE MAREA BLANCA ANDALUZA

—Sí.

Bien, en este documento vienen una serie de propuestas presupuestarias que se pudieran hacer. Desde el punto de vista fiscal, no se puede hacer rebajas de impuestos para luego no tener dinero, de modo que hay que revertir las bajadas que ha habido en varios impuestos. Esos superávits que se anuncian, de 853 millones en el 2020, de los 3.000..., yo no sé si es verdad o no, pero, vamos, ha salido en prensa, de los 3.000 millones en el 2021, todo eso, que además lo pongo en los respectivos enlaces, también.

Y hay aquí —con esto termino— una serie de datos sobre la falta de retribuciones para el personal, la necesidad de desprivatizar, sobre todo, el tema del Hospital del Aljarafe, y los 14 municipios de la provincia de Cádiz, que van a clínicas privadas, pero en el tema presupuestario hace falta, como una medida de choque, contratar para la atención primaria 4.000 profesionales sanitarios, y para las listas de espera, abrir 20 hospitales por la tarde, con jornada de tarde, con otros 4.000 profesionales, como una manera de salir de este atolladero tan brutal y tan grave que estamos padeciendo.

Como ustedes van a tener el documento íntegro, que está aquí y se les va a mandar, espero que —solo son diez páginas— tengan tiempo para leerlo, y así entender un poco qué es lo que quiero yo plantear, en nombre de Marea Blanca.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, señor Martín.

¿Existe algún portavoz que desee intervenir?

El señor SÁNCHEZ CASTILLO

—Muchas gracias, señor Sebastián. Creo que usted ha hecho un buen análisis de la realidad concreta de nuestro sistema sanitario.

Ha esbozado, ha mencionado una cuestión en la que a nosotros, desde nuestro grupo parlamentario, nos gustaría que profundizara un poco. Hablaba usted de la propuesta de un pacto por la sanidad pública en Andalucía. A nosotros, *a priori*, nos parece una iniciativa positiva.

Desde nuestro grupo, también hemos promovido que se celebre un Pleno extraordinario sobre el sistema sanitario en este Parlamento y, como le decía, vemos bien y saludamos esta iniciativa. Como vemos bien la creación de nuevas plataformas institucionales y de nuevas plataformas ciudadanas, porque la situación ciudadana en Andalucía es alarmante.

Pero vemos también con preocupación que se hable de este pacto sin que se definan criterios previos, porcentajes del producto interior bruto a destinar al gasto sanitario. Que se hable de este pacto sin referirse al modelo organizativo de nuestro sistema sanitario. Y, por supuesto, nos preocupa que se esté hablando de este pacto sin que se cuente con los movimientos sociales ni, en este caso, con su organización, la organización que representa, con Marea Blanca.

Nos gustaría saber, desde su colectivo, qué opinión tienen al respecto.

Muchas gracias.

El señor MARTÍN RECIO, REPRESENTANTE DE MAREA BLANCA ANDALUZA

—Bien. Nosotros estamos de acuerdo en que tiene que haber un acuerdo integral en defensa de la sanidad pública; que este acuerdo no puede estar limitado a dos partidos políticos que, a su vez, han sido responsables de los grandes recortes que han sufrido Andalucía y España. Tiene que ser mucho más amplio, donde se tiene que incorporar la sociedad civil; por un lado, los sindicatos, que en el tema laboral tendrán mucho que decir, pero no tanto en el tema global, porque también los sindicatos, como sabéis, en las mesas sectoriales han firmado acuerdos, ¿no?

¿Quiénes tienen que estar ahí? Pues tienen que estar los movimientos sociales, como la Marea Blanca, que agrupan profesionales y usuarios, y llevamos más de una década luchando ininterrumpidamente por la mejora de los servicios sanitarios públicos. Y no se está mencionando de manera clara, intencionada, a la Marea Blanca, porque nuestros análisis y nuestras propuestas no son partidistas ni son parciales.

Y, en segundo lugar, para hacer un pacto, hay que definir previamente los mínimos. Eso de un pacto con cinco ejes en general, pues muy bien, pero, oiga, ¿qué presupuesto mínimo, para empezar a hablar de ese pacto? ¿Qué organización sanitaria? Esto de las fusiones hospitalarias, esto de la centralización, esto de ir olvidando las zonas rurales, lo que sería la Andalucía vaciada... Todas esas cosas hay que ponerlas en la mesa. Y el pacto se debe hacer, pero tiene que ser un pacto que integre a todos los sectores y movimientos sociales que estamos luchando por la sanidad; no puede ser un pacto entre dos partidos y los demás somos todos espectadores; dos partidos y sus, digamos, anexos, ¿no? No, tiene que haber sociedad civil. Y eso sí se lo pido directamente al responsable del Partido Socialista, que

tenga en cuenta que, en esta plataforma de alcaldes que se ha creado, que yo ya he hablado con algunos y están totalmente de acuerdo en que se incorporen movimientos sociales, como la Marea Blanca, y que en ese pacto no puede ser un pacto de carácter electoralista ni de carácter partidista; tiene que ser un pacto social, en el cual intervenga, por lo tanto, la sociedad civil.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—¿Algún grupo más quisiera intervenir?

Bueno, pues nada, sin más, le damos las gracias al señor Martín por su intervención. Sabe usted que puede dejar la documentación, como ha dicho, al letrado, y que se la pasará a estos portavoces, que seguro que recogerán gustosamente sus aportaciones.

Muchísimas gracias.

El señor MARTÍN RECIO, REPRESENTANTE DE MAREA BLANCA ANDALUZA

—Gracias a vosotros por vuestra atención.

[Receso.]

Asociación Interprofesional de Atención Temprana

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días.

Damos la bienvenida aquí, en este Parlamento, en este Grupo de trabajo relativo a mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad, a la Asociación Interprofesional de Atención Temprana. Don Rafael Ibáñez López, presidente; don Juan Andrés Valencia Pino, vicepresidente; y doña María José Ramírez Navarro.

Estamos encantados de que estén aquí, en este grupo de trabajo, en el que los oiremos atentamente. Saben ustedes que tienen un tiempo de entre quince y veinte minutos para su intervención. Después podrá hacerle alguna pregunta algún portavoz, para la que tendrán otros cinco minutos para contestar.

Cuando quieran.

[Intervención no registrada.]

Van a poner ustedes una presentación. Vale.

El señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Bueno. Si ustedes me permiten, puedo empezar, ¿no?

Nosotros somos la..., ya nos ha presentado la presidenta de la Mesa. Yo soy el presidente de atención temprana, de los profesionales.

Y la atención temprana para mí es como un piano. El piano es la base fundamental para hacer música; todos los instrumentos se basan en las 88 teclas del piano, es la base de la música. La atención temprana es la base del desarrollo madurativo de los niños, y de ahí la importancia de la intervención nuestra en los niños que nosotros atendemos, con algún tipo de problema.

Quiero... Yo ya mandé la documentación, pero, lógicamente, quiero comentarla para que ustedes tengan pleno conocimiento de la importancia de la atención temprana.

¿Cuál es la flecha, Dios mío? Aquí...

No sé, es que realmente ahí... Pero ustedes lo tienen en la pantalla vuestra, ¿no? Esa información os la..., se la di yo a ustedes.

Básicamente, ahí dice que en azul está sanidad, que son las comunidades donde la atención temprana se rige por los conciertos de salud. Ahí está; está Canarias, Andalucía, Extremadura, parte de Galicia y parte —porque se hace dual— en Cantabria. Bien. Aquí dice que en la mayoría de las comu-

nidades autónomas se trabaja la atención temprana entre los cero y los seis años, ¿eh? Si alguien dice por qué no es más edad, se puede interpretar que se puede ayudar a cualquier niño que tenga algún problema por encima de los seis, pero esta es una etapa que se define así por la plasticidad del sistema nervioso central, que es el que define nuestra etapa de intervención. Se puede llamar de otra manera a partir de los seis años, pero no atención temprana, que está muy bien definida, como ven en el mapa de las distintas comunidades, que se hace básicamente entre los cero y los seis años.

Nosotros... En España hay actualmente, más o menos, aunque la estadística es del 2018, apenas ha cambiado, tendría que haber más o menos 255.227 niños, entre cero y... Porque entendemos que el 10% de la población infantil de cero a seis años es la que debe ser el objetivo a cubrir por la red de centros de desarrollo infantil de atención temprana en este país. Nosotros, en Andalucía, estamos atendiendo ahora mismo, más o menos, un total de 22.493 niños, que supone el 5% de la población. Y entendemos que no hemos tocado, lógicamente, techo y que nos queda mucho camino por recorrer.

Fijaos bien en las demás. Yo me fijo con mucho detalle, me entretengo en la única comunidad autónoma que sí tiene el 10% de atención de la población infantil con problemas de desarrollo. Esa es Cataluña. Cataluña está en 42.000 niños, y nosotros estamos en 22.000. Y es verdad que ahora mismo los centros de atención temprana de Andalucía estamos saturados, por encima. O sea, que hay una demanda que la estamos cubriendo con cierta dificultad, y que hay mucha lista de espera. Espero que la Administración resuelva la lista de espera lo antes posible.

Aquí dice los centros que hay en toda España, y nos entretenemos en Andalucía. Y esta estadística no es cierta. Aquí pone 193 centros de atención temprana en Andalucía, pero a fecha de un mes la consejería nos da otro dato, y son 216 centros que hay en Andalucía. Y los profesionales no son exactamente esos. Ahora os pongo la cifra que viene a continuación. Estas son las normativas, los decretos y las órdenes por los que nos regimos en Andalucía, que no nos vamos a entretener. Y estos son los datos que sí nos da la Administración. En Andalucía hay actualmente 457.201 niños entre cero y seis años. Atendemos a 22.493, tenemos 216 centros y somos aproximadamente 1.447 profesionales.

¿Cuáles son nuestras debilidades? Pues, las debilidades que tenemos los profesionales de atención temprana en Andalucía es la inexistencia de una federación autonómica que pudiera aglutinar de manera específica a todos los centros de atención temprana. Inexistencia de un convenio colectivo de atención temprana y baja dotación salarial del de referencia. Necesitamos, como colectivo cada vez más amplio, un convenio específico de atención temprana, que tendría que ser similar al de Cataluña, porque ellos lo que han hecho es federarse todos los centros y crear ese convenio. A nosotros nos gustaría que eso ocurriera así. No es competencia de la Administración —está claro—, es competencia de los centros que contratan, que debieran unirse y crear ese convenio, porque esto es un trabajo específico, muy específico. Y estamos metidos en un convenio muy generalista que no es básicamente..., que no cubre nuestras necesidades laborales.

¿Es verdad que no existe un convenio colectivo? Sí. Pues, a ver si por lo menos la Administración, aunque no sea directamente la que lo tenga que hacer, podría servir de mediadora en esta situación, porque los sueldos y las condiciones de trabajo no son las mejores, dejan mucho que desear.

Luego ¿es verdad que no existe una ley de atención temprana? Pues no. Pero también es verdad que la Administración, la consejería está haciendo todo lo posible para que más pronto que tarde eso se pueda producir.

¿Amenazas? Pues sí, tenemos amenazas importantes. Se han introducido en este campo un gran número de empresas con ánimo de lucro y sin experiencia en atención temprana, que vienen de una manera a veces poco ortodoxa, a irrumpir en este campo, que no nos parece demasiado adecuado. Y hay el riesgo de que..., es decir, riesgo cierto, de que entidades con una dilatada experiencia en la prestación de atención temprana queden relegadas por este motivo. Hay casos que en este concierto se han quedado fuera en Málaga, en Almería, en El Ejido, un centro de 25 años que se ha quedado fuera.

Proliferación del subempleo. A ver, no se puede sacar anuncios por ahí diciendo que se contrata a un logopeda para un centro de atención temprana por 9 horas. Es que eso no es. Eso..., no se puede crear un centro en una población de 5.000 habitantes, porque no da el número suficiente. Consigamos que los profesionales que trabajan en estos centros estén consolidados en jornada completa y que tengan unas condiciones laborales mínimas y dignas para que esto se produzca. No se puede tener un centro de atención temprana en un pueblo, que el alcalde convenza a la delegada provincial de turno, porque él tiene, dice y defiende que haya un centro. Tiene que haber unas condiciones mínimas. No puede haber contratos o subcontratos de 9, 10, 12 horas. Eso no sirve para nada. Porque además esa persona, ese profesional que se contrata en ese tiempo, cuando tiene la mínima oportunidad, se va. Y esto es volver a empezar otra vez. Es que eso no es. Y hay que establecer el mínimo de profesionales básicos y establecerlo en jornada completa, lógicamente.

¿Fortaleza? Pues sí. En Andalucía hay mucha profesionalidad. Somos muchos los que empezamos a principios de los años ochenta, que todavía incluso algunos estamos en activo, y tenemos una dilatada experiencia que debe aprovechar la Administración, para que sirva de base para seguir ampliando los conocimientos y la capacidad de todos los centros de atención temprana.

Y, luego, hay un gran número de centros de atención temprana en Andalucía que dependen de entidades sin ánimo de lucro. Yo definiendo —y nosotros, la junta directiva, defendemos—, y debiera de haberse quedado ahí. No se ha quedado, lamentablemente, y estamos ahora en una situación de competencia. Algunos lo califican de aprovechados... Todo lo que queráis, pero somos, los centros que llevamos una dilatada experiencia en este campo, los que podríamos ayudar a los demás a que se extendiera la atención temprana en una red que cubra todas las necesidades de toda la población infantil de Andalucía.

También es verdad que contamos con el sistema Alborada. Pero el sistema Alborada, que permite la coordinación de los profesionales de salud de los centros de atención temprana, de educación y de

bienestar social, tiene una parte burocrática que debemos corregir, debemos mejorar. Ya tenemos, la asociación, una comisión haciendo que esta parte burocrática que tenemos que hacer casi diariamente, pues, mejore y se facilite y se minoren los tiempos, porque nuestros tiempos principalmente debemos aprovecharlos en la atención directa de los niños y las familias, y no entretenernos de manera excesiva en la parte burocrática, que a veces es incómoda y no nos gusta.

Oportunidades. Es verdad que, en los últimos años, la atención temprana, a nivel político y social, ha traído consigo un aumento progresivo del presupuesto. No es el definitivo, porque esto tiene que seguir avanzando, lógicamente, pero es verdad que ha habido un aumento progresivo del presupuesto. Y se ha extendido el concierto como instrumento jurídico de contratación, que nos parece el adecuado. Y es verdad que tenemos muchas alianzas con otras instituciones: universidades, colegios profesionales, hospitales, centros de salud, colegios, guarderías... Estamos coordinados con todos los que de manera directa influyen en los niños y en las familias de nuestros centros.

Nosotros creemos que preferentemente el concierto social, que es dado con fondos públicos, deba ser realizado preferentemente por las entidades sin ánimo de lucro, porque creemos que son las que pueden garantizar, entre otras, la transparencia y una gobernanza democrática y la inversión de excedentes del propio servicio, valores todos ellos exigidos en la mayor parte de legislaciones y normativas avanzadas que rigen la externalización de servicios públicos. En definitiva, lo que creemos es que no debe existir reparto de beneficios, puesto que no debe haber beneficios. Todo el beneficio para los niños y para las familias, y no para empresas privadas que vengan a lucrarse de este servicio. Todas las empresas que, sean del tipo que sean..., porque si la Administración dice que las instituciones privadas pueden presentarse a dar este tipo de servicios, nos gustaría que se firmara un documento donde se plasme que deberían estar obligadas a reinvertir el cien por cien del concierto en la atención temprana. Por eso, insistimos en que no debe haber ningún beneficio en la atención temprana para nadie, que nadie venga a enriquecerse a costa del servicio que se les da a los niños y a las familias.

El acercamiento del servicio —ya lo dije antes— de atención temprana no debe hacerse en perjuicio de la calidad. Por lo tanto, la Administración debe definir muy bien el mínimo de sesiones exigible para crear un centro de atención temprana que permita, lógicamente, la intervención del equipo base —nosotros llamamos equipo base a los profesionales que son psicólogos, logopedas y fisioterapeutas—, pero que lo haga de la manera más estable y digna posible.

La continuidad asistencial. Abogamos por la continuidad asistencial, porque es el instrumento que garantiza que, independientemente de las vicisitudes contractuales, el menor y su familia van a continuar atendidos en el mismo centro y por el mismo equipo terapéutico. No queremos que venga un concierto y que, por un punto arriba o un punto abajo, los niños tengan que salir de su ambiente de trabajo e ir a otro sitio desconocido, con lo que eso supone de trastorno para los niños y para las familias. Debe figurar por ahí..., la Administración debe hacer que, si todos los centros que cumplan los requisitos que dice la Administración, pues que sigan con su continuidad asistencial con total norma-

lidad. Es decir, los 1.500 profesionales que tenemos en Andalucía no pueden estar cada cuatro años pendientes, asustados y preocupados de que les puedan mover la silla; eso no es calidad de servicio, porque, al final, si tú estás tan inseguro, terminas yéndote o buscando otra oportunidad y haciendo que las plantillas se desestabilicen. La continuidad asistencial es algo básico para nuestro trabajo, porque nosotros, como profesionales, necesitamos desarrollar nuestro trabajo con plena tranquilidad emocional y sin sobresaltos que puedan venir en el futuro. Repito: si hacemos los deberes bien y hacemos lo que el concierto diga; estamos dispuestos a cumplir todas las cláusulas que diga el concierto, pero no estamos dispuestos a que nadie nos baile la silla.

Básicamente, queremos también que la figura del coordinador, que no está reconocida, esté reconocida. La actividad del coordinador de un centro de atención temprana es básica, como la del director de un colegio o la dirección de cualquier tipo. Es decir... Y no está reconocida y queremos que se reconozca específicamente.

Las asignaturas troncales que necesitamos son: un convenio colectivo, que no existe; inexistencia de la ley de atención temprana, que parece que está al llegar; que no haya reparto de beneficios, puesto que no debe haber beneficios; definir muy bien el mínimo de sesiones exigibles para crear un centro de atención temprana; la continuidad asistencial, como básico para la tranquilidad emocional de los trabajadores, de las familias y de los niños, de todo el colectivo.

Vamos en este tren, que es muy bonito, pero es lento, y nos gustaría ir en este tren mucho más rápido y más dinámico y montarnos en él todos: los niños, las familias, la Administración y los profesionales.

Ahí va. Muchas gracias. Esto es lo que quería decir y dicho está.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pues muchísimas gracias por su exposición.

El señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Y me ha costado mucho trabajo, porque tengo puesto esto y me asfixio; lo paso fatal.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Pues, mire, le pedimos disculpas, porque normalmente les decimos a las personas que intervienen que se la pueden quitar.

EI señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Ay, madre mía.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Así que le pedimos disculpas.

[Risas y rumores.]

Hay que reconocer...

EI señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Me lo podía haber dicho antes, porque yo soy una persona muy alérgica y me asfixio, ¿ve?, que me cuesta mucho trabajo respirar. Tengo ese defecto.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Claro, claro.

Pues yo por mi parte le pido disculpas, no sé si otro compañero se lo ha referido, pero...

EI señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Pues he terminado como en una carrera de fondo: asfixiado.

[Risas.]

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Vamos a preguntarle...

El señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Pero la atención temprana es muy bonita y hay que apostar por ella, porque los niños, algunos hasta resucitan con nosotros, y nos llena de felicidad y de alegría. Es una profesión muy dura, ¿eh?, porque, cuando un niño lo pasa mal, nosotros lo pasamos muy mal, y cuando lo pasa bien para nosotros es una fiesta. Es muy dura, pero muy bonita, muy bonita.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Totalmente de acuerdo, y muy necesaria, y muy necesaria. El sufrimiento de todos es malo, pero el de un niño es todavía peor.

Bien, estoy segura... Perdón, ¿algún grupo de los aquí presentes quisiera hacer algún comentario o hacer alguna pregunta? ¿Nada?

Pues, nada, agradecerle realmente su presencia aquí. Disculpamos de nuevo por no haberle informado de que podía usted quitarse la mascarilla. Si quiere dejar alguna documentación para que la estudien...

El señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Bueno, la dejamos hace una semana.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Vale.

El señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Tienen ustedes la documentación.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Sí, la tenemos aquí. Si quieren algún..., o su exposición o lo que sea, el señor letrado lo puede recibir y lo pasaría a los grupos.

El señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—De acuerdo.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Lo que ustedes consideren.

El señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Yo, como representante de los profesionales, encantado.

La última vez que estuve aquí, hace varios años, fue con Juan Marín ahí, y conseguimos subir a 22 euros; ahora estamos en 28. Por eso hay tantas moscas, porque hemos subido a 28. Antes, cuando estábamos con cuatro, cinco o seis euros, nadie nos echaba cuenta. Y ahora, que vamos por el desierto y hemos encontrado un oasis, todo el mundo quiere beber de la misma agua, y eso nos perjudica a nosotros. Yo llevo cuarenta y tres años en esto, no he hecho otra cosa nada más que esto, y es mi vida. No sé cuándo me voy a ir, he pedido dos prórrogas ya. Y cuando...

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Estoy segura de que estos portavoces han tomado buena nota de todo lo que ustedes han puesto aquí, en la mesa.

Muchísimas gracias, realmente, por su trabajo y por su intervención.

El señor IBÁÑEZ LÓPEZ, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INTERPROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA

—Gracias a ustedes.

¿Y yo puedo tener una copia?

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Lo tiene usted en la página web del Parlamento, lo tiene... Sí, sí, está toda la grabación.

[Intervención no registrada.]

¿Mediateca o videoteca?

[Intervención no registrada.]

Mediateca. Ah, lo otro es en directo.

[Receso.]

Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días.

Damos la bienvenida a este grupo de trabajo a don Fernando Miguel Gamboa Antiñolo, presidente de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos.

Si usted lo desea, para intervenir puede retirarse la mascarilla. Como sabe, tiene una intervención entre 15 y 20 minutos y, posteriormente, los grupos, los portavoces podrán plantearle alguna cuestión, para la que tendrá aproximadamente cinco minutos para contestar.

Cuando quiera, puede comenzar.

El señor GAMBOA ANTIÑOLO, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CUIDADOS PALIATIVOS

—Muchas gracias, lo primero, por acogerme en la casa de todos, pero por atender también a esta sociedad de Cuidados Paliativos a la que hoy represento.

Y quiero agradecer además a mis compañeros que hoy están haciendo mi trabajo. Tenemos un 20% de bajas en mi servicio, con lo cual hoy hay varios compañeros míos que están haciendo el trabajo que yo debería estar haciendo y por el que..., bueno, estoy aquí para comparecer ante ustedes. Y, bueno, también ellos me han asesorado, me cubren. Y, bueno, primero, agradecerles a ellos también, ¿no?

Saben ustedes que la situación que tenemos de pandemia, de limitaciones, de sufrimientos y de muerte, pues, bueno, va a condicionar muchas de las cosas que yo les voy a presentar. Me gustaría hablar de algunos apuntes de la realidad que ustedes seguro que conocen, pero que yo quería señalar.

Yo me voy a referir a pacientes, y no voy a utilizar el término que muchas veces se utiliza de «usuarios» o de «clientes», porque las personas que nosotros atendemos son personas que sufren, y muchas veces con paciencia. Lo de paciente no queda tan lejos. Y cuando la pierden, pues, el sufrimiento se incrementa. Y en el ámbito de los cuidados paliativos esta realidad es aún más difícil. Nos afecta a todos, y esta pandemia está poniendo por delante de nosotros la angustia, el sufrimiento, el suicidio, la muerte.

Pero sí es cierto que, con independencia de la pandemia, vivimos ya una epidemia de cronicidad, de enfermos crónicos, enfermedades crónicas avanzadas, enorme fragilidad y dependencia, que obligan a replantear la asistencia sanitaria. Obviamente, las demandas y las necesidades de la población son muchas, pero a nosotros nos toca hoy poner por delante este ámbito, que pensamos que ha sido poco atendido. Y eso que la muerte forma parte de la vida de todos nosotros, aunque sea el tabú más grande

de nuestra vida. Antes era la sexualidad, hoy es la muerte. Nadie habla de la muerte, como si la muerte no existiera y, sin embargo, ahí está, cada día.

Los cuidados paliativos plantean un enfoque centrado en la persona, que implica también a la familia y a los que cuidan a la persona enferma, orientada a prevenir y aliviar el sufrimiento asociado al desarrollo de las enfermedades avanzadas, tanto oncológicas como no oncológicas, y que pretende mejorar la vida de las personas, reforzando su dignidad a cualquier edad. Atendemos a niños, atendemos a adultos y atendemos a ancianos. Y además se ha demostrado que esto es eficaz, y que además esto es eficiente. Pero tenemos un acceso insuficiente. La población no tiene acceso a este recurso en muchas ocasiones. No sé si ustedes, como personas o como familiares, lo han vivido. Pero muchas veces, cuando llega la angustia de la enfermedad avanzada uno no sabe a dónde recurrir, sin hablar de esta situación de pandemia que hace todo más difícil.

Nosotros trabajamos mediante una atención integral, que es clínica, médicos y enfermeros, auxiliares de enfermería, psicológica, social y también espiritual. Tanto la Organización Mundial de la Salud como el Parlamento Europeo han hablado de los cuidados paliativos como un derecho humano. Y ustedes conocen mejor que yo, porque trabajan en esta casa, que hay una Ley de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, que se aprobó y se publicó hace ya casi doce años, y que empezaba definiendo qué eran los cuidados paliativos. Hablaba del derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos integrales y la elección del domicilio para recibirlos; que fueran de calidad, que se ofreciera tratamiento del dolor; que se pudiera ofrecer, si hacía falta, sedación paliativa; que se respetara la intimidad; que se preservara el derecho al acompañamiento de los familiares y a la atención espiritual de las personas enfermas, preservándose el derecho a la información; la posibilidad de hacer la voluntad vital anticipada o la planificación anticipada de las decisiones, para que en los momentos más serenos uno pudiera opinar sobre qué le gustaría en la atención al final de su vida; la necesidad de orientar y promover la limitación del esfuerzo terapéutico o la adecuación de cuidados a la situación de los pacientes. No siempre todo es lo mejor. A veces dejar de hacer puede ser lo mejor en determinadas circunstancias. Y esto se ha comprobado en enfermedades crónicas y se ha comprobado también en enfermedades neoplásicas. Es necesario un apoyo a las familias y personas cuidadoras. Se hablaba de la estancia en habitación individual como un derecho, y se hablaba también de la necesidad de la ética en la asistencia.

Esto es un breve resumen de esta ley que ustedes seguro que conocen mejor que yo, porque se dedican a ello. Pero igualmente saben ustedes que, en diciembre de 2017, el Defensor del Pueblo Andaluz hizo un informe al Parlamento diciendo que, bueno, ahí estaba la ley y, por otro lado, estaba la realidad. Y simplemente voy a enumerar algunas de las recomendaciones y sugerencias que él hacía, hablando de la necesidad de difundir esta ley, que las personas que viven en Andalucía pudieran conocerlo:

La necesidad de desterrar los tabúes y prepararnos a todos para la muerte —y estoy leyendo literalmente lo que dice el documento.

La necesidad de actualizar el plan andaluz de cuidados paliativos.

La necesidad de trabajar en la información y el consentimiento, trabajando la atención a los pacientes en función de su complejidad.

Proveer de los recursos necesarios, tanto a nivel avanzado como a nivel básico, en los hospitales y en los domicilios, en atención primaria y en las residencias, con unos medios adecuados para que se pudieran hacer las cosas que había que hacer mediante equipos multidisciplinares, con facultativos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas, dotando de plazas en recursos de media y larga estancia, ampliando el número de habitaciones individuales, generando mecanismos de cobertura de las plazas correspondientes a los recursos avanzados, que garantizaran el acceso de los profesionales con formación acreditada, experiencia y vocación. Sabemos que se creó una categoría profesional en septiembre de 2020, pero que todavía..., eso ha quedado poco desarrollado. Y, además, solamente para médicos. ¿Y el resto de las categorías profesionales?

La necesidad de reforzar estrategias de formación.

Medidas necesarias para la prestación de cuidados paliativos que se extiendan a todos los pacientes susceptibles de recibirla.

Evitar el retraso en el acceso a la prestación de cuidados paliativos —y esto es un verdadero desastre, en mi opinión.

Se impulsase la uniformidad en cuanto a la intervención —a veces, los recursos son tan dispares y la accesibilidad es tan difícil; las intervenciones son muy diferentes.

Que la atención a los recursos avanzados hospitalarios se organizase en torno a unidades específicas —que también son necesarios temas de estructuras.

Desarrollo de un nuevo plan de cuidados paliativos.

Un efectivo funcionamiento de los recursos transversales e igualmente incrementar la dotación de personal.

La posibilidad de atención a los pacientes paliativos 24 horas al día, mediante los recursos que se establecieran. Sabemos que la coordinación entre niveles es un elemento fundamental, no vamos a pensar que haya que tener recursos especializados siempre, pero hace falta mejorar la coordinación.

Promover el rol de la unidad de día.

Evitar el tránsito de pacientes paliativos por los servicios de urgencias.

Las comisiones de área de cuidados paliativos, que funcionasen.

Un adecuado registro de las actuaciones.

Mejorar la telecontinuidad.

Una respuesta específica para pacientes pediátricos que se ha desarrollado en estos últimos años.

Acentuar la atención a las necesidades emocionales y espirituales, con la relevancia que merecen.

Incrementar los apoyos a los cuidadores y diferentes medidas de conciliación y desarrollo de las redes de voluntariado, con estrategias de comunicación y capacitación de los profesionales.

Esto decía, brevemente, las recomendaciones del Defensor del Pueblo Andaluz. Hasta ahora, no les he dicho nada que no conozcan ustedes, pero a veces, las cosas más básicas, pues las conocemos, pero se han quedado en el camino.

Igualmente, hay un documento, que quiero poner también por delante de ustedes, que se publicó en el *BOJA* del año pasado, 8 de enero de 2021, que era el informe de situación sobre la situación de los cuidados paliativos y que, a lo largo de innumerables páginas, señalaba las enormes deficiencias que tenían los cuidados paliativos en nuestra comunidad.

Esto es lo que podemos hablar de la situación, pero ha habido logros, sin lugar a dudas. Ha habido una categoría profesional, que está en marcha, pero que todavía hace falta desarrollar para el resto de los profesionales, para el resto de las categorías. Hace falta una estructura orgánica que pueda atender la diversidad y la complejidad de lo que hay. El desarrollo de los cuidados paliativos pediátricos se ha impulsado y hoy tenemos ya unidades en todas las provincias, pero eso, a veces tenemos unidades; unidades de uno.

Desarrollo de la continuidad y la relación interniveles, que ha mejorado: hay redes de colaboración con atención primaria y hospitales. Hay redes con la EPES —o como ahora vaya a denominarse la atención urgente, durante 24 horas al día—, pero hace falta trabajar también esto.

Durante muchos años, y antes de la crisis, hubo un desarrollo formativo importante en nuestra comunidad, con formación de recursos avanzados, formación básica para los profesionales, pero eso, en parte, quedó parado. Y en el año 2019 se publicó un nuevo proceso asistencial integrado —la tercera edición ya—, como una oferta de organización sanitaria para mejorar. Lo que pasa que muchas cosas han quedado guardadas en carpetas.

¿Y qué déficits hemos detectado? —queremos recordar ante ustedes—. Bueno, sin lugar a dudas, necesitamos herramientas de atención al sufrimiento asociado a la enfermedad y la muerte. Saben ustedes que se han desarrollado otras iniciativas legislativas; la atención paliativa es un recurso que no tenemos bien desarrollado, ni en España ni en nuestra comunidad.

Hace falta reconocer las necesidades de los pacientes y de las familias, para dar una atención centrada en la persona. Hay que mejorar la accesibilidad de la población, para acabar con tantas inequidades. La atención al final de la vida precisa de una coordinación sociosanitaria eficaz. En otras épocas hemos tenido consejerías, incluso comunes a nivel del ministerio aquí, pero seguimos teniendo enormes lagunas.

Y falta ayuda a la dependencia. Estas ayudas han quedado... Y faltan ayudas a las familias cuidadoras y a tantas familias que se vuelcan en el cuidado de su familiar, que necesitan mejorar su situación.

Hay déficit de recursos avanzados, con ausencia de una estructura propia. Los recursos y cuidados paliativos avanzados están incardinados de formas diferentes, en servicios diferentes, vinculados a gerencias. Unos dependen de atención primaria, otros de atención hospitalaria; unos, del servicio de medicina interna; otros, de oncología. Para mejorar un poquito la atención, creo que hace falta organizar de forma estructurada la atención.

Hace falta incorporar, de forma eficaz, los psicólogos en los equipos. Hasta ahora tenemos una cobertura parcial, a través de acuerdos con otras fundaciones. Los trabajadores sociales deben estar implementados. Y necesitamos desarrollar una cobertura global y, además, una estabilidad laboral: hay enorme cantidad de profesionales que desempeñan su trabajo en el ámbito de los cuidados paliativos en situación absolutamente inestable. Y eso que en estos años, en los últimos dos o tres años, ha mejorado la estabilidad de las plantillas, pero esto no ha llegado al ámbito de los cuidados paliativos.

Hay un déficit de formación, que estamos trabajando en el pregrado y que creo que ustedes también podrían impulsar. Hace falta formación en los recursos básicos. El personal de atención primaria y de otras especialidades tiene que adquirir competencias básicas, porque los cuidados paliativos los tenemos que dar todos los profesionales, allí donde estemos, como parte de la atención integral.

Pero hace falta también formación en los recursos avanzados, con desarrollo de la competencia y de la compasión, de la relación de ayuda, con un desarrollo de atención psicológica, clínica, social y espiritual.

Sé que en esta comisión han comparecido compañeros de atención primaria, que han hablado de los enormes déficits y problemas que tienen. Nosotros también hablamos de que necesitamos que la atención primaria evolucione y trabaje bien, porque, si no, los pacientes son mal atendidos. Esto no es un tema de gente del hospital o de los equipos, [...] de que los pacientes y sus familias, allí donde estén, tengan lo que necesitan.

Y hace falta desarrollar la atención en el domicilio. No puede ser que los pacientes no tengan, como recurso, muchas veces, para morir, más que ir al hospital, que ni es lo adecuado, ni es lo eficiente, ni es lo que ellos quieren, ni es lo de mejor calidad. Hace falta dotación, formación y tiempo para los profesionales de atención primaria. Y no soy su representante, pero yo lo reclamo para ellos porque lo reclamo para los pacientes a los que yo atiendo. Hay problemas de coordinación, de continuidad asistencial.

Hemos mejorado, pero entre atención primaria, atención hospitalaria y servicios de emergencias hay enormes lagunas y nuestros pacientes quedan en medio. Y ellos necesitan atención 24 horas al día, igual que usted y que yo, pero cuando uno está gravemente enfermo y al final de la vida, todo es mucho más angustioso. Necesitamos humanizar la asistencia versus a la tecnología, y desarrollar habitaciones individuales, donde los pacientes puedan ser atendidos con dignidad; mucho más en situaciones de final de vida, donde hace falta despedirse y recomponer tantas cosas que a veces no quedaron dichas. A veces, es imposible dar una atención digna porque no tenemos dónde. Hacen falta espacios de comunicación en los centros sanitario.

Queremos trabajar también —y creo que ustedes pueden ayudarnos—, en la planificación anticipada de las decisiones y la voluntad vital anticipada, como un elemento para que las personas puedan manifestar cuál es su deseo de autonomía al final de la vida, que los profesionales podamos respetarlo y aplicarlo. Pero la población, y muchas veces los profesionales, todavía somos ignorantes de esta realidad.

Necesitamos promover también el voluntariado y la implicación de la comunidad en la atención a los pacientes y a sus familias. Hay iniciativas como las Ciudades Compasivas —Sevilla es una ciudad

compasiva, y en algunos barrios ya lo hay—, iniciativas de desarrollo para implicar a la comunidad, para implicar al voluntariado. Hay estrategias diferentes. Quizás ustedes también puedan promoverlo.

Promover la formación especializada reconocida. No existe una especialidad de cuidados paliativos. Quizás esa no sea la solución, pero hay un sistema de reconocimiento de la formación que se llama área de capacitación específica, que permite que aquellas personas con competencias demostradas puedan tener un reconocimiento que permita una estabilidad laboral.

Y, además, necesitamos evaluar lo que hacemos. Hay muchas iniciativas que se hacen, pero que nunca se evalúan. Nosotros queremos que también evalúen lo que hacemos, porque lo que sabemos es que cuando se ha evaluado se ha demostrado que es eficaz, eficiente, que mejora la calidad de vida, y que aquel que se ha atendido lo sigue pidiendo para él y su familia.

De ustedes esperamos respuestas, tareas. Estamos dispuestos para colaborar con ustedes. La atención sanitaria necesita centrarse en la necesidad. Y las necesidades han cambiado: la población ha envejecido, la enfermedad crónica es la determinante, y el COVID ha puesto por delante situaciones escandalosas en la atención en los hospitales y en los centros sociosanitarios. Y creo que hay que promover mejoras y atender a los vulnerables, con competencias y con compasión.

Y, por último, gracias por escuchar las necesidades de tantos pacientes, de tantas familias y de tantos profesionales que, a través de mí, hoy pretenden hacerse notar ante ustedes. Espero que puedan atender nuestras reivindicaciones, que son las de la población y las de muchos profesionales, y que puedan dar respuesta a través de sus iniciativas.

Muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias a usted.

¿Hay algún interviniente que quisiera participar?

La señora portavoz de Vox.

La señora PIÑERO RODRÍGUEZ

—Gracias, señor Gamboa, por su exposición, que creo que es muy necesaria, tal como está hoy día el panorama de la pandemia sobre todo, pero bueno.

Yo lo que entiendo es que usted ve bien la ley que existe ahora mismo de cuidados paliativos, y lo único que se necesita es desarrollarla con los recursos suficientes. ¿Algo que decir a esta ley?

El señor GAMBOA ANTIÑOLO, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CUIDADOS PALIATIVOS

—Bueno, nosotros no tenemos una ley de cuidados paliativos. La Ley de Muerte Digna es una ley que denuncia algunos elementos, se han desarrollado diferentes estructuras organizativas, plan de cuidados... Es decir, entiendo que siempre se pueden mejorar las leyes, pero si consiguiéramos desarrollar lo que ya tenemos, creo que sería tan grande el cambio... Creo que el desarrollo de iniciativas legislativas, como las que hace poco más de un año se han aprobado en España, como una respuesta al sufrimiento, y que es lo que hoy se difunde muchas veces en los medios, es una pérdida de oportunidad. Y no estoy diciendo que no pueda ser una la forma de afrontar la realidad. Pero son muchos los países que jamás desarrollaron una ley de eutanasia, sino que desarrollan una ley de cuidados paliativos, y a nivel nacional no la tenemos, a nivel andaluz, tampoco. Tenemos una ley de muerte digna, que da pistas, pero es que no se ha desarrollado. Estamos hablando de algo que hace casi doce años que se promulgó y que no se ha avanzado en ella.

Que el mismo Defensor del Pueblo Andaluz les emitió a ustedes un documento del que yo he leído algunos apéndices, y que tampoco se ha tenido en cuenta cinco años después. Es decir, que creo que es imprescindible que esta atención paliativa pueda desarrollarse para el mejor funcionamiento de nuestra sociedad.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias.

¿Hay algún otro portavoz que quisiera intervenir?

Pues, sin más, le agradecemos su presencia aquí. Seguro que hemos tomado toda buena nota de sus aportaciones.

Muchísimas gracias por su detallada exposición y por la emotividad, también, que ha demostrado en ella. Aquí está su casa, y cuando quiera aquí estamos.

El señor GAMBOA ANTIÑOLO, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CUIDADOS PALIATIVOS

—Muy bien. Muchísimas gracias.

[Receso.]

Organización Médica Colegial de España

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Ahora sí, bienvenido don Juan José Rodríguez Sendín, médico de Familia y presidente de la Organización Médica Colegial de España, de 2009 a 2017. Muchísimas gracias por estar aquí y, también, por su paciencia.

Así que, sin más, escuchamos sus aportaciones. Sabe que tiene entre 15 y 20 minutos para intervenir. Posteriormente, pueden hacerle alguna pregunta los portavoces, y otros cinco minutos para contestar a esas posibles preguntas.

Cuando quiera puede comenzar.

El señor RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—Gracias y buenos días. Bueno, ya casi buenos medios días.

No creo que yo vaya a aportar algo que no hayan oído ya, o que no conozcamos. Creo que el futuro de la sanidad y las diferentes revisiones que se han hecho abundan en exceso. Quizás lo que nos falta son tomar decisiones para un poco más allá de hoy y mañana, sino pensar en el futuro y especialmente en el interés que tiene el Sistema Nacional de Salud. Y este es probablemente el mayor problema que tenemos: la falta de decisiones, porque los problemas que tenemos son muy viejos e inoperados, y lo único que hacen es agudizarse cada día.

Como digo, no creo que vaya a aportarles nada, pero bueno, lo voy a intentar. Me va a ser difícil e incluso muy complicado hacerlo, y sobre todo que no hayan escuchado ya, pero, bueno. El Sistema Nacional de Salud que disfrutamos es el logro social más importante que los españoles hemos alcanzado tras la instauración de la democracia —por lo menos, eso es lo que yo pienso—. Además de un excelente distribuidor de riqueza es, junto con la previsión sanitaria en particular, un sector estratégico de la economía del conocimiento. Es un generador de riqueza, bienestar, de innovación científica y de empleo altamente cualificado, por supuesto, eso sí, aunque mal pagado. Y está basado en unos principios sustanciales de justicia y equidad social y solidaridad, como un gran patrimonio colectivo y derecho social e irrenunciable de todos los españoles. Por eso, es muy difícil que alguien se atreva a llevar abiertamente lo contrario; otra cosa es que se propicie su menor valoración.

Hablo de equidad social y de justicia, porque no son sinónimos, aunque se utilicen como sinónimos. Se puede ser equitativo en el reparto de la miseria, que no es justo, y se puede ser injusto o justo sin

ser equitativo. Por eso, creo que la primera cuestión que hay que exigir son esas dos características básicas, junto con la solidaridad.

El Sistema Nacional de Salud que conocemos está marcado por el éxito de resultados de calidad, a un excelente coste y [...] trayectoria de prestigio internacional, que no es discutible, ¿no? El Sistema Nacional de Salud presentaba, antes de la crisis del 2010, unos resultados muy buenos en salud, con un coste medio más que aceptable: el más bajo de los países de nuestro entorno europeo, siendo su compromiso por aquel entonces ofrecer atención sanitaria de máxima calidad a todos. Y digo por aquel entonces porque esto claramente se ha interrumpido.

Se comentaba entonces —de forma falsa— que gastábamos más que lo que nos correspondía, y esto es una falsedad que se puede comprobar. En las series históricas de la liquidación presupuestaria de hace unos 20 años vemos que jamás hemos superado la proporción que nos tocaría, dentro del producto interior bruto que tenemos y que nos corresponde. O sea, que eso que se ha dicho tantas veces, como disculpa para privatizar parte de su gestión, es una falsedad absoluta.

Es justo, equitativo y gratuito en el momento de la demanda. De tal manera que lo que también es justo es que cada uno participamos en él en función de lo que ganemos. Y nuestra rentabilidad, por cierto, es un debate ahora abierto como los autónomos. De tal modo que cualquier persona que necesita atención sanitaria, independientemente de su situación económica, tiene la tranquilidad de que va a ser atendida.

Y esto, que lo decimos así de fácil, es algo extraordinario; esto, que forma parte de lo que llamamos Estado del bienestar y que hemos construido entre todos, no solo no lo podemos perder, como está ocurriendo, sino que tenemos el deber de cuidarlo, pero de cuidarlo con energía, con compromiso. Es algo fundamental en el devenir de las próximas generaciones y un extraordinario valedor de la cohesión social en nuestro país, ahora que tenemos..., y siguen aumentando las diferencias entre ricos y pobres.

El Sistema Nacional de Salud es sostenible, como lo ha sido hasta aquí. Pues solo faltaba, ¿no?, sobre todo si lo quieren los españoles; por eso ni se le ocurre a nadie preguntárselo, ¿no? El problema es si lo va a seguir siendo con las condiciones financieras que se le imponen. Tenemos una profunda preocupación por las consecuencias efecto de los recortes indiscriminados, que, como consecuencia de la insuficiencia financiera, ha sufrido el Sistema Nacional de Salud en la última década, de los cuales no solo no se ha recuperado..., afectando la situación especialmente a la empleabilidad y condiciones de los puestos de trabajo, creando precariedad e inestabilidad laboral, además de malos salarios de los profesionales. En total, ha provocado que muchos médicos y enfermeras hayan abandonado nuestro país.

España y Andalucía deben defender y exigir una política sanitaria que, por un lado, garantice la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos, justos, equitativos, de calidad y utilizados de modo racional, clínica, terapéutica y económicamente —fíjense las condiciones que pongo; solamente es la exigencia de una cosa y de la otra, como compensación—, lo que exige una actuación integral, tanto en la financiación, en la regulación —esto que permitiría llamarlo sostenibilidad externa, porque nos

permitiría tenerlo—, y luego también asistencial y de gestión, que es lo condicionaría la sostenibilidad interna del propio sistema.

Lo cierto es que, para bien o para mal, guste o no, la economía va a seguir marcando no solo la salud colectiva de los españoles, sino también la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud y, especialmente, la calidad de este. Lo determinante del estado económico, del estado de salud económico de España —y en el caso de Andalucía—, determinarán las respuestas sociales y sanitarias que nos ocupan hoy y que nos inquietan.

La cultura dominante, que ha dominado desde la perspectiva política, ha estado marcada en las últimas décadas por el cortoplacismo y la renuencia a impulsar reformas sanitarias, que lo mencionaba al principio, que son necesarias para fortalecer la identidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. Han pasado muchos años y necesitamos cambios, garantizando preferencialmente su equidad y su sostenibilidad, además de su justicia, ¿no? Hay problemas institucionales importantes, problemas sanitarios inveterados, muchos de ellos de naturaleza estructural, que deben ser abordados; debieron ser abordados hace tiempo, y ahora son más urgentes para ser abordados por las autoridades sanitarias y por las políticas de los gobiernos. Si la sostenibilidad externa, vinculada a presupuestos y capacidad del gasto, está limitada, habrá que reconocerlo y no ocultarlo. Lo que sí se podrá hacer es comprobar cuáles son los ajustes posibles y el plan para aumentar la sostenibilidad interna. Es decir, ¿qué podemos hacer con lo que tenemos?

Estamos en crisis y en deuda; las crisis se superan y las deudas me temo que hay que pagarlas. Se acabó el modelo sanitario del inmovilismo perpetuo, aquello de la magia del rescate, que venía el primo de Zumosol periódicamente a pagar lo que se debía, por el que se ha caracterizado la gestión económica del Sistema Nacional de Salud hasta ahora. Pero han sido los indicadores de la economía española..., tanto el Banco de España como el Fondo Monetario Internacional han rebajado la previsión de crecimiento de nuestra economía para 2021 y 2022. Pero, a pesar de todo, en el próximo 2022, los resultados serán acordes con las previsiones de las principales instituciones en el análisis de coyuntura económica; será razonablemente optimista, yo creo que podemos ser razonablemente optimistas. Otra cosa es cómo se afectará y se distribuirán estas cifras entre los diferentes territorios y entre todas las comunidades autónomas. No podemos olvidar que las proyecciones económicas que se han hecho han sido evaluadas conforme a un escenario de pandemia controlado y, por tanto, hoy sabemos que las comunidades autónomas van a tener dificultades para aliviar la carga de la deuda, más allá de que esta pandemia sea controlada o no.

Esta previsión de desajuste financiero de las comunidades autónomas se traducirá en un deterioro del saldo público, si se llega a producir más de lo que está previsto, persistente, ágil y estructural y estabilización de la deuda. No podemos olvidar que la horquilla sanitaria representa un peso relativo de en torno al 40% de media —en el caso de Andalucía, creo que está en torno al 36%, más o menos.

Por todo ello, sin un modelo de financiación suficiente o, al menos, realista para el sector sanitario, aunque mejoremos en datos macroeconómicos, destrozaremos el Estado del bienestar, provocando

una fractura mayor que la actual entre ricos y pobres, también en relación al cuidado de la salud; no solamente la fractura que aún actualmente tenemos entre ricos y pobres, que aumenta, sino también en relación al cuidado de la salud, que esto estaba salvado previamente. Y esto es lo que me preocupa y, además, mucho, puesto que, además, puede afectar a la cohesión social de que disfrutamos.

Tenemos dos problemas; uno, vinculado a la sostenibilidad externa del Sistema Nacional de Salud, es decir, a la política económica y presupuestaria, por una larga financiación deficitaria del capítulo de recursos humanos, y especialmente en lo relativo a la atención primaria. Y está agravado por la pandemia y por un crecimiento desmesurado e injustificado, incapaces de controlarlo, de la factura de medicamentos que, mientras otras partidas se contraían, la farmacéutica descaradamente seguía aumentando.

Han empeorado las condiciones en las que los médicos y los enfermeros ejercemos la medicina, con una disminución muy importante de salarios y grandes diferencias en función de comunidades autónomas, donde, precisamente, en Andalucía..., Andalucía no está en una posición destacada. Pero no venimos a criticar esto, ¿eh? Una situación de inestabilidad, con datos precarios y salarios bajos, que, al final, tiene su repercusión en la asistencia a los pacientes, todo lo cual sigue provocando un aumento de las listas de espera, que son realmente escandalosas prácticamente en todo el territorio nacional, pero especialmente tienen una alta gravedad e injusticia las listas de espera para la primera consulta y para el diagnóstico. Esto realmente es intolerable. Los recursos económicos para la dotación suficiente y estable de recursos humanos son claramente insuficientes y el modelo de gestión sobre los mismos también lo es.

Por otra parte, hay que añadir que, de los principios y valores de los profesionales sanitarios, de médicos y enfermeras, destacamos el compromiso para mejorar la calidad de los cuidados y el mantenimiento actualizado de conocimientos científicos y técnicos, y el hacer una distribución justa de los recursos y tener un trato apropiado con los pacientes, respetando su autonomía y la confidencialidad de sus datos.

Estos principios hoy, para muchos colegas, especialmente en atención primaria..., nada de esto pueden cumplir. Se están observando gravemente los compromisos sociales y sanitarios de médicos y de enfermeras, tan importantes y eficaces y rentables para el Sistema Nacional de Salud. La [...] de responsabilidades, la inseguridad, la precariedad laboral, la falta de reconocimiento, el desprecio por el trabajo bien hecho y la desesperanza hacen imposible en muchos casos responder a esos principios, a los que hay que añadir la insensibilidad manifiesta de los poderes públicos —que, lógicamente, no me refiero solamente a Andalucía, esto está generalizado.

La tormenta es perfecta: los pacientes se consideran mal atendidos o no atendidos, listas de años de espera, conscientes de que, en vez de resolverlas, las preocupaciones de las diferentes responsabilidades públicas es disimularlas y ocultarlas. El juego es competir, a ver quién las disimula mejor, ¿no? Los profesionales consideran que no tienen alternativas y las buscan donde las encuentran, abandonando la profesión en unos casos, porque no pueden seguir así, o jubilándose antes de lo que pudieran desearlo hace solo unos años. Ha descendido notablemente el número de médicos y de enfermeras que solicitan

prolongación de la vida laboral, lo que hace solo unos años era motivo de reclamaciones judiciales, el poderlo hacer, ¿no? Y, por otro lado, los pacientes que tienen recursos buscan sus soluciones y tranquilidad donde al menos se les ofrece o creen encontrarla. Por eso digo que la tormenta es perfecta.

Se está propiciando, por la vía de los hechos, que desde dentro del Sistema Nacional de Salud, precisamente, se configuren unos resultados negativos contra él. Supone [...] de satisfacciones suficientes a sus demandas cuando esto le ocurre, lógicamente, se está generando todo lo contrario. El futuro es fácil: se está deteriorando gravemente la calidad ofrecida y la percibida en el Sistema Nacional de Salud.

Es preciso reformar la política sanitaria, que debe centrarse en definir y blindar el modelo del Sistema Nacional de Salud, precisando sus atributos de universalidad, justicia, equidad, calidad y solidaridad, con una cartera de servicios bien definida. Y, para todo ello, se precisa, por supuesto, suficiencia financiera, mecanismos de asignación y unos presupuestos que deben ser finalistas. El dinero destinado a la salud debe ser para la salud y para cubrir aquellos capítulos deficitarios, según los cuales, el incremento del gasto farmacéutico de forma crónica provoca, posiblemente, ajustes a la baja.

Las facturas, como he dicho, hay que pagarlas: las nóminas, no. Las nóminas no hay que pagarlas si no se contrata personal y se acumula su trabajo, o se disminuyen sus honorarios. Esto está claro, ¿no?

Y para abordar el futuro, necesitamos una de salud... Hay que abordar un modelo que tengan en cuenta, además de la realidad sanitaria, como es la cronicidad y las políticas de recursos humanos, la inversión en medicamentos, es decir, el gasto farmacéutico.

Las políticas para el uso racional del medicamento son inexistentes. Y lo conocen ustedes bien en Andalucía. Y, por si fuera poco, se retiran las que estaban funcionando. Por ello, el sector de la economía industrial y social precisa de una regulación permanente, tanto nacional como internacional, dentro de la Unión Europea, y de políticas de precios transparentes y especialmente responsables.

Es imprescindible revisar con urgencia el sistema de patentes y las prerrogativas que les otorgan, en el sector sanitario, para medicamentos y productos sanitarios. La patente, como valor, nunca puede anteponerse al valor absoluto de la vida. Y está ocurriendo, y ha ocurrido, ni sus beneficios pueden estar por encima de los resultados en sí mismos. Y tampoco que las patentes y la protección de la propiedad intelectual puedan poner en peligro el normal funcionamiento del servicio público sanitario, por los precios abusivos que los nuevos medicamentos..., y que comenzó con los medicamentos de la hepatitis C.

Y de todo lo cual se deriva no solamente eso, sino se deriva una serie de efectos que les permiten incidir sobre la investigación, sobre la docencia, sobre la actividad profesional, pudiendo hasta ser determinantes para el futuro profesional de cada profesional.

Dicho lo cual, ha llegado a constituir una amenaza seria sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, de las condiciones de justicia, solidaridad...

Resulta desconcertante que una medida como la compra puntualizada con financiación selectiva de [...], las mal denominadas subastas desaparezcan, pese al respaldo del Tribunal Constitucional y de las instancias europeas. Y desaparezca por razones artificiosas que solo responden a intereses políticos

y no sanitarios. Y ahora se busquen esos millones que se han derivado a otros intereses para poder compensar las necesidades de personal que no se encuentran.

Tampoco hay justificación para que nuestra inversión pública total en medicamentos sea superior a la media de la [...] —que debemos tomar como referencia—, mientras que nuestras inversiones en salud estén a la cola de Europa, solamente por delante de Grecia y Portugal.

Es imposible racionalizar la prescripción y el consumo de medicamentos sin la colaboración de los médicos, y especialmente de la atención primaria. Esto habría que ponerlo [...], en todos nuestros servicios, y, especialmente, sin la colaboración de los pacientes, pero especialmente de los médicos de atención primaria.

Para responder racionalmente a [...] interna se precisan políticas de recursos humanos que ofrezcan estabilidad en los puestos y en ejecuciones similares a las de la media nacional. Insisto, también para Andalucía, que necesita reducir la masificación y sobrecargas asistenciales que no permiten trabajar bien en atención primaria. No se cumple que esto no sea así. Esto tiene una relevancia añadida, como digo, en atención primaria.

Pero, por otro lado, acuérdense y simplemente..., es posible pensar en uno mismo. Que para construir una relación de confianza, que no solo alivia, sino también cura, y no solo es eficaz y más satisfactoria en la relación con el profesional y con los pacientes, sino que ahorra medicamentos, pruebas diagnósticas, errores y, en consecuencia, sufrimientos evitables y muertes. La relación de confianza...

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Mire usted, señor Rodríguez, por favor, ¿me escucha?, ¿se puede acercar un poco más al micrófono?, que hemos dejado de oírle. Ahí, acercándose un poquito, gracias.

El señor RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—De esto se encargaba la atención primaria, atendiendo desde la transversalidad y longitudinalidad de los cuidados.

Hace solo unos años, teniendo en cuenta el perfil de paciente más frecuente, se hablaba de la necesidad de un médico coordinador de todas las actuaciones e indicaciones asistenciales sobre el paciente. Hoy, no solo es una quimera, porque no es posible, a ese enfermo se le ha abandonado a su suerte, pero es el enfermo mayoritario, el del Sistema Nacional de Salud.

Como solución se ofrece una llamada telefónica, mil veces repetidas, para poder ser atendido. Cuando es posible una conversación con consultas presenciales, con prisas y sin poder prestar la aten-

ción debida. Con frecuencia se huye del problema y no hay tiempo para una escucha activa u ocurre una derivación al enésimo especialista, o la prescripción de uno, dos o tres medicamentos que se pudieran haber evitado. Además, la incomunicación va abriéndose paso, la desconfianza de los pacientes y la deshumanización de la asistencia.

Hay una evidente sobrecarga asistencial que se ha visto incrementada por la pandemia, pero no ha surgido con ella —no nos equivoquemos—. Porque desde hace muchos años no existe una buena dotación y distribución de profesionales, no existen buenas condiciones y se han recortado las plantillas. Y no hay posibilidad de motivar a los facultativos a que ejerzan la profesión en zonas de difícil cobertura. Ni tampoco es justa, porque la sobrecarga asistencial y el desdoblamiento de trabajo constituyen una sobreexplotación no pagada en la mayor parte de los casos.

Se debe fomentar la prevención y la investigación para elaborar guías de práctica clínica, orientadas a pacientes pluripatológicos y polimedicados, con el fin de optimizar la terapéutica y reducir la [...].

Para ir terminando, mucho se ha hablado del modelo de gestión de recursos humanos y de cómo incentivar a los profesionales. Yo me pregunto: ¿cómo se defiende al Sistema Nacional de Salud, si no lo hacen los profesionales, lógicamente, ayudados por los pacientes bien atendidos y satisfechos con ellos?

¿Cómo se hace efectivo el principio de justicia y proporcionalidad?, pero a diferentes actitudes y aptitudes de los médicos y enfermeros, en sus actividades y, en consecuencia, en sus resultados.

¿A quién no le interesa que los médicos reciban incentivos en relación con la calidad de sus resultados y comportamientos previamente definidos?, ¿a quién?

A este respecto les recuerdo el artículo 23.3 del Código de deontología médica, que dice que «los incentivos ligados a la prescripción deberán tener presente la mejoría de la eficiencia, salvaguardando la calidad y la libertad de prescripción». Pero claro, a esto le van a hacer el mismo caso, probablemente, que al Tribunal Constitucional con las subastas de medicamentos.

En consecuencia, se deben incorporar incentivos de manera transparente a una prescripción de resultados de calidad, acorde con los objetivos institucionales del Sistema Andaluz de Salud.

Existe también, por otro lado, un notable acuerdo que considera que para una actividad como la sanitaria, cada día más compleja, más difícil, con trabajo en redes asistenciales pluridisciplinares, que no es posible aspirar a que sean reguladas ni por el poder político, ni por el responsable de la dirección y gestión. Sencillamente ya no es posible, ese tiempo ha pasado. Pero tampoco que la relación de empleo pueda ser estrictamente funcionarial y estrictamente laboral.

Solo es posible que sean efectivas, las medidas, si las realizan colegiadamente en la corresponsabilidad de todos aquellos de las que dependen las mismas. Para lo cual se requiere —llamémoslo como queramos— gestión de lo esencial, microgestión, descentralizar la gestión, es llevarla a donde está la verdadera responsabilidad de hacerlo: a los servicios y equipos profesionales.

Para lo cual deben cumplir una serie de requisitos que no son nada difíciles. Deben prestar asistencia sanitaria de acuerdo con los principios del Sistema Nacional de Salud y los objetivos del Servicio

Andaluz de Salud y del correspondiente, en este caso, servicio, bien sea de esta comunidad o de otra. Ese es el problema de atención integral centrada en el paciente, pero atención integral, total, al paciente que sufre.

Debe permitir la transferencia de responsabilidades a través de la autonomía de gestión guiada por la eficiencia [...], facilitar el control y evaluación de los servicios, mediante una gestión e información transparente. Debe incorporar un [...] de incentivos ligados a la calidad y la eficiencia. Y es posible. Debe promover la innovación e investigación, permitiendo el desarrollo de alianzas con la universidad. Debe contribuir a garantizar el modelo de formación, pre y postgrado de alta calidad, absolutamente fundamental para completar nuestro sistema MIR.

Tiene que reutilizar los beneficios que se generen para conseguir los fines sociales del sistema público de salud y la [...], en este caso. Deben fomentar alianzas con asociaciones, para la cual es necesario —y ya termino— establecer un modelo de buen gobierno sanitario, potenciando la profesionalización de la gestión en los servicios sanitarios, adoptando criterios de transparencia, mérito y capacidad, y mediante el desarrollo de nuevas prácticas directivas y gestoras, con evaluación de las competencias organizativas y profesionales, para un mejor reconocimiento operacional.

Lo cual deben constituirse en ejes centrales de todos los procesos de promoción y reconocimiento profesional en las instituciones y centros sanitarios.

Y para concretar, para todo esto, y para poder poner algo en marcha, sería deseable —pero sabemos que es difícil de lograr—, un pacto político y social que revitalice el Sistema Nacional de Salud, y en este caso, el Servicio Andaluz de Salud.

Para [...] su sostenibilidad económica, social, en base a un criterio de [...] y cohesión social, y mediante una integración de sus funciones, actividades y competencias asistenciales vinculadas al ámbito jurídico de titularidad pública —insisto, vinculadas al ámbito jurídico de titularidad pública—, así como al [...] de un profesionalismo médico y enfermero participativo y corresponsable en la gobernabilidad y co-gestión del patrimonio sanitario común de todos los españoles —en este caso, de todos los andaluces.

Muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias a usted, señor Rodríguez.

¿Hay algún compañero que quiera hacer alguna intervención?

Pues nada. Lo que sí le decimos, si pudiera usted pasar al correo desde el que le han convocado su intervención, porque ha habido momentos en los que se le ha escuchado mejor y momentos en los que se le escuchaba peor. Si pudiese usted transmitirnos, de alguna forma, al correo desde el que se le ha convocado la intervención, así todos los portavoces la tendrían en papel y podrían recoger mejor las aportaciones.

El señor RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—Encantado.

La tengo en unos esquemas, pero lo acabo de configurar y se lo envío, ¿vale? Si puede ser, esta tarde y, si no, mañana por la mañana.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—No hay prisa, no hay prisa.

El señor RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—De todas maneras, yo..., usted no sé si me oye bien, pero yo a usted..., parece que está metida en una cueva, ¿eh?

[Risas.]

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Más o menos como yo a usted, así que hacemos lo que podemos.

Pero muchísimas gracias por la intervención, y esperamos la documentación.

Gracias. Y por la paciencia. Adiós, buenos días.

El señor RODRÍGUEZ SENDÍN, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA DE 2009 A 2017

—Adiós, buenos días.

[Receso.]

Fundación de Atención Temprana Antonio Guerrero

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días, no; buenas tardes ya.

Bienvenido a este grupo de trabajo relativo a mejora de la asistencia sanitaria en Andalucía. Damos la bienvenida en este momento a la Fundación de Atención Temprana Antonio Guerrero. Está aquí presente su presidente, don Antonio Guerrero, y la vicepresidenta, doña Catalina Herrero Ruiz.

Bienvenidos. Saben que tienen, para intervenir, entre quince y veinte minutos, que puede quitarse la mascarilla para lo que considere.

Y cuando quiera.

El señor GUERRERO LEÓN, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA ANTONIO GUERRERO

—Buenas tardes.

Antes de comenzar mi intervención, quiero agradecer la invitación a esta fundación para emitir su parecer ante el grupo de trabajo relativo a la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Debido a la amplitud del concepto de asistencia sanitaria, que abarca desde el momento mismo de la concepción hasta la muerte, me voy a centrar en atención temprana, sobre la que esta fundación —y antes, la Plataforma de Atención Temprana—, viene trabajando para su mejora desde hace casi una década.

Hay que dejar muy claro que la atención temprana es independiente del concepto de discapacidad y de dependencia; que abarca tres niveles de prevención, como son la prevención primaria, secundaria y terciaria. Al ser los trastornos del desarrollo —o la situación de riesgo de padecerlos— un problema de salud, la atención temprana ha de estar en la cartera de servicios del SAS. Partiendo del concepto de continuidad de atención, ya están definidos e incluidos gran parte de la actuación de la atención temprana, excepto lo que es la intervención, que es la actividad que se realiza en los CAIT. La prevención primaria va dirigida a la población en general, como son los programas de vacunación, embarazos, etcétera; la secundaria, a los grupos de riesgo, atención al embarazo, al parto, al recién nacido, desarrollo neuromadurativo, etcétera; y la atención terciaria, a los trastornos del desarrollo y su familia, como es la intervención temprana que se lleva a cabo en los CAIT.

Como continuidad de las actividades preventivas y asistenciales del sistema sanitario, y dentro de la prevención terciaria, la intervención temprana debe formar parte de la cartera de servicios del SAS. Es responsabilidad de la Consejería de Salud, como Administración pública, contando con entidades con

o sin ánimo de lucro y con experiencia en atención e intervención temprana, contando con los recursos de los CAIT ya existentes, que garantizan una atención de calidad, y otros de nueva implantación, pero con personal debidamente cualificado en atención temprana, y con unas instalaciones modernas de climatización, salas multisensoriales, psicomotricidad, etcétera.

La situación actual. Creo que debemos partir de una descripción de la realidad de la atención temprana hoy en Andalucía y cierta visión retrospectiva, pues los frutos de hoy son las siembras de ayer. La población a atender en 2022..., en Andalucía, como en todas partes, tenemos tres grupos diferenciados: un 2,5% de niños de cero a seis años que ya tienen una discapacidad; otro 2,5% tienen un trastorno en el desarrollo, que no tiene necesariamente que desembocar o que derivar en una discapacidad, y otro 2,5% de niños, que tienen riesgo biológico o social de padecer un trastorno. Con esto nos encontramos con un mínimo de un 7,5% de niños que son susceptibles de recibir atención temprana.

Y nos extrapolamos, aunque hoy hay una población de 457.000 menores de 0 a 6 años, pero al ir bajando el índice de natalidad y hablar desde el año 2022, hemos hecho un estudio sobre 455.000 menores de 0 a 6 años, y nos encontramos con que hay tres grupos de 11.375 niños, cada uno, que necesitan atención temprana.

Con esto sabemos que son 34.125 menores andaluces los que, a día de hoy, necesitan atención temprana. Sin embargo, en los presupuestos de la comunidad autónoma del 2022, igual que los de 2021, que son los que se han prorrogado, solamente se contemplan 18.950 menores susceptibles de atención temprana —de ellos, son 12.900 hombres y 6.050 mujeres—. Es decir, que se están atendiendo a 15.175 menores menos, un 45% de la población. De ahí, las largas listas de espera desde la derivación del pediatra hasta que los ve la UAIT y, luego, de atención en los CAIT.

Dice Pilar Gutiez, que es profesora titular desde 1990 a la actualidad en la Universidad Complutense de Madrid, que las listas de espera en atención temprana deberían estar tipificadas como un delito.

El presupuesto que se contempla es de algo más de cuarenta y cinco millones y medio de euros, con una media de 2.407 euros al año. Si engañas a una cifra, al número de menores, engañas a otra, que es el presupuesto necesario. El presupuesto que ahora mismo plantea la Junta de Andalucía o el Gobierno es absolutamente insuficiente. Pero para más inri, y tal vez lo más preocupante, es que esto no es ni más ni menos que congelar el presupuesto de la atención temprana durante cuatro años, pues el concierto social contempla un valor de 182.482.000 en cuatro años, a razón de 45.620.736 de manera lineal.

Cierto que ha bajado el índice de natalidad, pero, sin embargo, no baja el número de menores que necesitan atención temprana. Ha aumentado el número de población con TEA, con trastorno del espectro autista; también el del trastorno del lenguaje. El porcentaje de los niños pretérmino, o sea, los partos antes de tiempo, han subido desde un cinco hasta un ocho por ciento. Y las técnicas de reproducción están ahora mismo en el 8% de los niños nacidos en España, según la Sociedad de Fertilidad. Nos encontramos con que desde 2016 a 2020, ha caído la natalidad en Andalucía en 15.000 niños.

Sin embargo, no se observa que haya menor demanda de atención temprana. No obstante, sí nos parece importante que los resultados que van a influir en estos menores niños que son escolarizados, son 15.000 menores menos, pero, repito, no reflejan la disminución de los niños en atención temprana.

Hemos hablado de la ubicación y la gestión de la atención temprana. Desde el principio, cuando era estimulación precoz, ha sido asignado a distintos entes, direcciones, secretarías generales y consejerías. La atención temprana pasa como responsabilidad al ámbito de la Consejería de Salud en el año 2000 —antes era una prestación social y se llamaba «estimulación precoz», y era una de las responsabilidades de Asuntos Sociales. Al pasar a Salud entendemos que es un derecho más: como las vacunas, como el control de niño sano, el tener asignado un pediatra de atención primaria de referencia o un hospital, o atención especializada de referencia en toda Andalucía por igual, con equidad en el ámbito de la salud, y no una prestación hasta que se termine el dinero.

En la anterior legislatura estaba en Salud sociosanitaria, dependiente de la Consejería de Salud. Entre las funciones de Salud sociosanitaria estaba el control o está el control de legionelosis en establecimientos turísticos de hostelería, las mediciones de niveles de polen, calidad del aire, calidades del agua —aguas grises, aguas del pantano, etcétera—. Eran cosas que eran de Salud Pública, pero no sabemos qué hacía ahí un niño con síndrome de Down, con parálisis cerebral, o con piel de mariposa.

En esta legislatura se ha asignado a la Secretaría General de Familias, dependiente de la Consejería de Salud. ¿Por qué a Salud sociosanitaria o a la Secretaría General de Familias? Pues, por una cuestión puramente presupuestaria. Así, señorías, si alguno de ustedes padece una pulmonía, por ejemplo, el SAS, Servicio Andaluz de Salud, le estará atendiendo mientras usted padezca esa pulmonía, pero si lo que existe es un presupuesto para pulmonías, en Salud sociosanitaria o en la Secretaría General de Familias, usted será atendido en base a ese presupuesto y se le administrarán los cuidados que permitan ese presupuesto. Por tanto, no está garantizada la recuperación o esta tardará demasiado en llegar. A veces, muchas veces, demasiado tarde si se depende de un presupuesto, cuando ya el control de esfínteres será un deseo o ser o no verbal, como ocurre en autismo y otros trastornos.

Ya, la Ley de Atención Temprana, debatida en el Parlamento en febrero de 2016, redactada por un equipo de expertos —al que tuve el honor de coordinar— y que fue registrada por el Grupo Parlamentario Podemos, por ser Esperanza Gómez, por entonces parlamentaria de ese grupo, mamá de una niña con síndrome de Down, estaban de acuerdo todos los grupos que la apoyaban, y que fue rechazada en el último momento a raíz de una conversación de mujer a mujer, entre la entonces presidenta de Andalucía, Susana Díaz, y la parlamentaria de Ciudadanos Marta Bosquet. Ignoro lo que dijo o le prometió Susana Díaz a Marta Bosquet. A mí lo que me dijo la señora Bosquet, sin mirarme a los ojos, «es que es la ley de Podemos». Por supuesto no le respondí, aceptamos el resultado de la votación —principio sagrado de la democracia—. Todos guardamos un respetuoso silencio, abandonamos el hemiciclo y fuimos consolados por parlamentarios del Partido Popular, de Izquierda Unida y Podemos. Y vinieron familias desde Huelva hasta Almería, y se fueron con el desencanto de aquel no.

Pues, aquella ley contemplaba un presupuesto de 107 millones de euros, frente a los 45 que se contemplan ahora. Muy importante, destacar que las inversiones que hagamos hoy en atención temprana no las va a recoger la Consejería de Salud, pero sí las va a recoger la Consejería de Educación, porque van a llegar los niños con un mejor nivel de integración en la sociedad y con mejores niveles de autocuidados, de independencia y del ámbito laboral.

Aquel proyecto de ley entraba en distintos trastornos del desarrollo, según la ODAT, que es la Organización de Diagnóstico de Atención Temprana, que establece cinco grupos, y con porcentajes esperados desde el cinco hasta el treinta por ciento —dependiendo—, y además lo tienen, todos, en lo que les he dado.

Pues, repito, esa ley de 2016 contaba y contó con el sí del Partido Popular, Izquierda Unida y Podemos. Aquel presupuesto de 107 millones de euros les parecía correcto y les pareció correcto a todos los partidos, incluso al Partido Popular, hoy en el Gobierno, con una magnífica defensa desde las entrañas, por parte de la parlamentaria Ana Vanessa García, y no menos contundentes estuvieron Inmaculada Nieto, por parte de Izquierda Unida, y Esperanza Gómez en Podemos; e incluso a Ciudadanos, que dijo no en el último momento, sí le parecía correcto el presupuesto de 107 millones de euros.

Mientras que Salud sociosanitaria era y es necesaria, mucho se ha hablado de si la Secretaría General de Familias debe estar en Salud, en Igualdad, ser una consejería aparte, pues la familia engloba a todo: engloba a salud, a vivienda, a empleo, a educación, a asuntos sociales, a universidades, a igualdad. Pero también es cierto que hay una Consejería de Salud, hay una Consejería de Empleo y una Consejería de Vivienda, que está en Fomento, y una Consejería de Educación, otra de Igualdad y de Asuntos Sociales, y otra para cada materia. Por lo que, tal vez, no debería existir esa Secretaría General, salvo que sea la percha para acordar un presupuesto para atender a la atención temprana. Y hay que observar que es una Secretaría General sin ninguna dirección general y con muy poco personal.

De esta manera, es la consejería la que compra o concierta las horas que quiere, no las necesarias; nada que ver con la tabla de asignaciones que hace la Organización de Diagnósticos. Las horas adjudicadas deben ser de atención directa al menor, es decir, las que se dedican a la familia, al colegio, a informes, o a evaluación no se pagan. Nuestras profesionales —y digo «nuestras» porque está muy feminizada la profesión— tienen que hacer de trabajadoras sociales, rellenarles e informar los papeles de las becas y un larguísimo etcétera. Si un menor no acude a la consulta, esa sesión no se le paga, aunque el profesional haya estado allí y el gerente o la empresa o el CAIT tenga que pagar su salario.

La Secretaría General de Familias argumenta que, con el precio de 28 euros la sesión, hay para todo, y eso, señorías, no es cierto. Cuando la Plataforma de Atención Temprana, de la que tengo el honor de ser presidente y portavoz, hace su aparición, en 2015, se estaba pagando a 12,67 euros la sesión. Y se preguntarán que qué se hacía. Pues había copagos, había cuotas de asociación; solo se atendía una especialidad —por ejemplo, psicología—, mientras que logopedia y fisioterapia había que pagarlas; se daban sesiones grupales, para facturar más; los ponías a colorear, pero facturabas cuatro,

cinco, seis niños la hora... Había que tirar de imaginación para poder subsistir. Yo no me siento moralmente autorizado para culpar a los CAIT, ni muchísimo menos, de lo que se estaba haciendo, pero sí al sistema, que era un sistema perverso.

Hay que dejar muy claro que los incrementos de precio/hora no han sido voluntad de ningún gobierno —ni del anterior, del Partido Socialista, ni del actual, del Partido Popular—; ha sido fruto de muchas presiones y desgaste de familias y de aquella Plataforma de Atención Temprana, a la que tal vez haya que dar un nuevo impulso ante las circunstancias que están ocurriendo con nuestros menores de atención temprana.

Otro factor que debemos tener en cuenta es que el historial clínico de estos niños no está en DIRAYA, que es el sistema informático del SAS y donde están recogidos todos los episodios de nuestra salud, desde que nacemos hasta el fallecimiento. El historial de estos niños está en un sistema paralelo llamado Alborada. Quisieron hacer de este una aplicación..., quiero decir, quisieron hacer un programa asistencial, pero en la práctica es un programa de seguimiento y control de facturación, de tal manera que, si alguno de los aquí presentes tuviese algún hijo o algún familiar con trastornos en su desarrollo, con autismo, síndrome de Rett, otros trastornos del lenguaje, de la comunicación, y lo lleva a una consulta de atención especializada por otro episodio, el especialista no sabría que ese niño padece autismo, si está asistiendo a un CAIT, con qué intensidad, cuál es su evolución, salvo que se lo diga la madre, que es la que lo lleva al médico. Y más aún: al cumplir el menor los 6 años, desaparece de Alborada y hasta hoy les garantizo que es más fácil entrar en los archivos secretos del Vaticano que encontrar el historial que estuvo en Alborada. Si estuviesen en DIRAYA, estarían en el SAS. Y, por obviedad, si estuviesen en el SAS estarían en DIRAYA. Luego si estuviesen en el SAS, estarían atendidos en todas y cada una de sus necesidades y no sujetos a disponibilidades presupuestarias. Su médico de atención especializada sabría que padece autismo, a qué CAIT acude, con qué frecuencia y cuál es su evolución.

¿Podemos, pues, decir que el sistema ha sido —perdón, es— ruin y mezquino con los menores que sufren trastornos en el desarrollo? Pues sí que lo podemos decir, y nos basamos en la definición del diccionario de la Real Academia Española, que describe *mezquino* como «adjetivo despectivo» y lo califica de «tacaño. El que escatima en el gasto». Y *ruin* el que es tacaño, avaro, agarrado, roñoso, cicatero o miserable.

Es curioso que la Consejería de Salud, en el año 2016, dijo que un grupo de expertos determinó que eran ocho el número de sesiones medio por menor, de atención temprana. Pues bueno, aquello no fue ni más ni menos que el cociente de dividir las sesiones que se dieron en el mes de noviembre —fueron poco más de ciento once mil— entre el número de menores que en aquel momento estaban en Alborada —que eran 13.935—. Si dividen esos dos parámetros les sale 7,97. Luego, el grupo de expertos que tenía la Consejería de Salud en el año 2016 fue el cociente de dividir dos números. Aquí está perfectamente reflejado.

El marco legal. Tras el rechazo de la proposición de ley de 2016, Susana Díaz —y no hablo del Partido Socialista, ¿eh?, estoy hablando de Susana Díaz—, nos regala el Decreto 85/2016, manifiestamente mejorable, pero que al menos ya había un marco legal que regulase la atención temprana. Hubiésemos preferido una ley, porque entendemos que es mejor legislar que decretar. El actual gobierno optó por la fórmula de concierto social, para la asignación de lotes a distintos entes. Y para ello aprueba el Decreto 57/2020, de 22 de abril, por el que se regula el concierto social. Tengo que decir también, en descargo de la Consejería de Salud, que se les propuso a distintas entidades si querían concierto social o cualquier otro sistema de contratación. Y todos escogieron concierto social. Bien. El concierto social estaba llamado a sustituir a los anteriores acuerdos marco, y estaba prevista su entrada en octubre de 2020. Hasta julio de 2021 no se fueron adjudicando lotes, y casi con cuentagotas. Hoy, gracias a aquel desconcierto del concierto, conviven cuatro situaciones distintas: los que fueron adjudicatarios de algún lote, cobrando a 28 euros la sesión; los que quedaron excluidos por diversos motivos, pero venían de anteriores acuerdos marco, se les ha ido renovando a 22 euros la sesión —distintos precios por el mismo servicio—; algún contrato único o licitadores únicos, a 22 euros la sesión, pero limitado a 15.000 euros y tres meses —las sesiones que das de más las asume el CAIT—, y licitadores que acudían por primera vez con las inversiones realizadas, pero que, al no venir de ningún modelo, no se les pudo renovar nada, pues no tenían nada, ni siquiera los licitadores únicos a los residentes en su zona mediante algún tipo de contrato.

Entendemos que es absolutamente necesaria y urgente la creación de un grupo de trabajo para reorganizar los lotes con criterios racionales y objetivos. ¿Por qué? Pues porque los pliegos de condiciones tuvieron poco o ningún control de calidad. Y el artículo 87.4 de la Ley de Contratos del Sector Público dice que no debe existir en ningún caso..., suponer un obstáculo, la participación de las pequeñas y medianas empresas. Supusieron un gran obstáculo la participación de pequeñas y medianas empresas.

Esta mañana he escuchado a otro grupo quejarse del concierto social, pero no..., entiendo que no quedó claro que el concierto social es un contrato entre la Administración y la sociedad civil, por lo que no se pueden hacer exclusiones de establecimientos, ni que sean entidades públicas ni privadas, ni con o sin ánimo de lucro. Los conciertos sociales, que nacen en la Europa central —especialmente en Alemania, Holanda— y en algunas consejerías, como es la Consejería de Igualdad, de la Junta de Andalucía, funcionan perfectamente.

Entendemos —vuelvo a decir— que hay que reorganizar los lotes que se le han asignado a distintas localidades. Somos partidarios de la concertación social, sistema, repito, que funciona muy bien en Países Bajos, Alemania y el resto de Europa. No obstante, algunos —o bastantes— licitadores creyeron que un concierto social..., o sea, no supieron que un concierto social era un contrato entre la Administración y la sociedad, y no algo para beneficiar a determinadas organizaciones en base a sus fines o forma jurídica o de constitución. La libertad de mercado, la libertad de establecimiento y la equidad son algunos de esos principios.

Pero no estamos de acuerdo, en absoluto, y nos vamos a oponer con todas nuestras fuerzas, a la acreditación de centros o contratación directa con la consejería, como de alguna manera se está planteando la Secretaría General de Familias. Esto facilitaría que grandes empresas puedan alquilar o comprar locales donde quieran, pues tienen capital para ello, y ello conllevaría al desmantelamiento del actual sistema, desaparición de entidades con muchos años de experiencia, y abriría la puerta al empleo precario, la contratación fraudulenta, no garantiza la continuidad en la asistencia y donde el niño pasa a ser un cliente, con una factura en la frente, y no una persona portadora de derechos, muy vulnerable, con muchas necesidades —entre ellas, el cariño y empatía de sus terapeutas—; gran estrés de las familias y, a medio plazo, comenzarían los fracasos en la recuperación de los menores y el encarecimiento del servicio, como ya decía el Banco Mundial de Desarrollo, en el que dice que el no invertir en atención temprana tiene un costo de entre el 1 y el 3% del PIB del país o la región de que se trata.

Se adjuntan también presupuestos para una óptima atención temprana en 2022.

Siempre hemos tenido claro que la atención temprana debería ser regulada por ley, pues una ley limita el libre albedrío de las personas y las gentes que conviven en sociedad, y asegura que se cumplan una serie de normas que respondan a las necesidades de la comunidad —en este caso, los niños y sus familias—.

Y, además, una ley como norma jurídica cumple y debe cumplir tres principios fundamentales: generalidad —comprende a todos los individuos—, obligatoriedad —es imperativa, de obligado cumplimiento— y permanencia —es dictada con carácter indefinido, independientemente del Gobierno de turno—.

Pues, en lo referente a la actual Ley de atención temprana, fue terminada de redactar a finales de noviembre de 2019. Yo formé parte de la mesa de redacción, no formé parte del desarrollo de la memoria económica, la que no conozco, no es aprobada por... Esa misma ley, que se termina de redactar en 2019, no es aprobada por Consejo de Gobierno hasta marzo de 2021. ¿Dónde estuvo anteriormente? Nadie lo sabe o no responde. Como tampoco nadie sabe dónde ha estado desde marzo de 2021, que se aprobó, hasta hoy. Lo cierto es que se va a registrar el mes que viene, en febrero, en el Parlamento. Será tramitada por procedimiento de urgencia, con viento a favor puede ser debatida en junio de 2022, si no se disuelve antes la Cámara y se convocan elecciones.

Y esto tengo que recordar que era una promesa y una apuesta personal del presidente Moreno Bonilla. Entendemos que la consejería no ha estado a la altura ni ha respondido a las expectativas puestas en ella. La ley que presentaron Partido Popular, Izquierda Unida y Podemos, registrada en 2015, se registró el 23 de noviembre de 2015 —aquí tienen la estampilla— y se debatió y votó en febrero de 2016, tres meses después. Aquí llevamos una legislatura para una ley, y los niños siguen sin atención temprana.

Mejorar la asistencia sanitaria en atención temprana tal vez consista en no hacer lo mismo de lo que se ha hecho desde el ámbito de las administraciones, aunque creemos que lo mejor es reconocer los errores, aprender de ellos y ponernos a trabajar para que nos podamos ahorrar parte de ese PIB tirado

a la basura. En atención temprana hay niños y padres desde la más alejada derecha a la más alejada izquierda, pero eso..., los niños no entienden ni quieren saber.

Por eso, debemos ir todos juntos, el arco parlamentario y los entes y agentes sociales. La Ley de atención temprana es una buena ley. En ella no hay colores ni ideologías y debe ser aprobada por unanimidad para ofrecer un futuro mejor para decenas de niños andaluces nacidos y por nacer.

Tengo que decir, porque no sé cómo estoy de tiempo, que...

[Intervención no registrada.]

¿Perdón?

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Ya ha superado los cinco minutos sobre los veinte que tenía.

El señor GUERRERO LEÓN, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA ANTONIO GUERRERO

—Vale.

Pues, solamente decirles que planteo que si hasta ahora he estado siendo crítico con el sistema, sí ofrezco..., y se desarrollarán y espero que lo puedan leer..., ofrecemos ocho ejes sobre los que entendemos que es imperativo trabajar para mejorar esa atención temprana. Y con esto acabo.

Ocho ejes. Uno, el primero, sobre la cualificación de los profesionales de atención temprana. El segundo, potenciar la investigación en atención primaria. Tercero, la gestión en la atención temprana. Cuarto, sobre los servicios en atención temprana. Quinto, el equipamiento de los CAIT, algo que es fundamental. Sexto, la edad de atención de los menores. Séptimo, la intensidad de las intervenciones. Y el octavo eje, sobre la organización asistencial.

Todo ello viene perfectamente desglosado en el texto, y espero, bueno, pues que tengan la gentileza de echarle un vistazo, porque entendemos que es realmente muy necesario, y se están viviendo..., muy duros en la atención temprana en la actualidad.

Gracias por escucharme.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias.

¿Hay algún portavoz que quisiera hacer algún comentario o alguna pregunta? No.

Pues, sin más, agradecerle sinceramente su intervención. Agradecerle también lo bien preparado que nos ha traído el trabajo a todos, esto, evidentemente, será estudiado por todos y cada uno de los portavoces. Y, bueno, aquí tienen su casa.

Muchísimas gracias por todo.

**El señor GUERRERO LEÓN, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA
ANTONIO GUERRERO**

—Gracias a ustedes.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Bueno, si les parece...

¿Hay que...?

[Intervención no registrada.]

Como ha habido un compareciente que no va a acudir y fue propuesto por el Grupo Socialista, el señor Castineiro, tienen —como acordamos todos al principio—..., el grupo al que le falle uno puede sustituir por otro colectivo. ¿Cuál es el que habéis...?

[Intervenciones no registradas.]

Vale. Pues, entonces el letrado toma nota y ya lo pone en el orden del día de la última sesión, que es el día 25. La última sesión será el día 25, sí.

Vale. Pues nada, se levanta la sesión.