



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

16 de noviembre de 2021

Número 2

Comisión de Salud y Familias



SERVICIO DE PUBLICACIONES OFICIALES

ORDEN DEL DÍA

COMPARECENCIAS

Comparecencias informativas

SUMARIO

Se abre la sesión a las once horas, diez minutos del día dieciséis de noviembre de dos mil veintiuno.

COMPARECENCIAS INFORMATIVAS

Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF) (pág. 4)

Intervienen:

D. Antonio Mingorance Gutiérrez, presidente de CACOF.

D. Emiliano Pozuelo Cerezo, del G.P. Ciudadanos.

Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO.-Andalucía (pág. 13)

Intervienen:

D. José Pelayo Galindo Pelayo, secretario general de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO-Andalucía.

D. Ismael Sánchez Castillo, del G.P. Adelante Andalucía.

Federación de Servicios Públicos de UGT-Andalucía (pág. 22)

Interviene:

D. Antonio Macías Borrego, secretario del sector de Salud, Servicios Sociosanitarios y Dependencia de la Federación de Servicios Públicos de UGT-Andalucía.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) (pág. 30)

Interviene:

Dña. Pilar Terceño Raposo, presidenta de SAMFyC.

Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (ICPFA) (pág. 42)

Interviene:

D. Juan Manuel Nieblas Silva, presidente de ICPFA.

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) (pág. 48)

Interviene:

Dña. Felisa Gálvez Ramírez, presidenta de ASANEC.

Se levanta la sesión a las catorce horas, veintisiete minutos del día dieciséis de noviembre de dos mil veintiuno.

Comparecencias informativas

Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF)

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Si les parece, comenzamos esta nueva sesión de comparecencias del Grupo de trabajo relativo a mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Y damos la bienvenida al Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a su presidente, don Antonio Mingorance Gutiérrez, y a su directora de comunicación, doña Manuela Hernández Bermúdez.

Buenos días. Tienen aquí... Saben ustedes que tienen entre 15 y 20 minutos para hacer su exposición y, si lo creen conveniente, pueden proporcionar a la Mesa la..., o a este letrado, la documentación por escrito que consideren, y lo pasará a los distintos grupos.

Pues, cuando quieran, pueden ustedes comenzar.

El señor MINGORANCE GUTIÉRREZ, PRESIDENTE DEL CACOF

—Vale. Pues gracias.

Buenos días a todos. ¿Me puedo quitar la mascarilla? Vale.

Buenos días a todos.

Y permítanme, en primer lugar, que les agradezca su invitación a comparecer hoy ante este grupo de trabajo para trasladarles mi visión sobre cómo podríamos mejorar la asistencia sanitaria en Andalucía y cómo podríamos contribuir desde la farmacia andaluza a ese objetivo.

Creo que ese debate es hoy más necesario que nunca y pienso, además, que la pandemia nos ha dejado lecciones muy útiles que nos marcan el camino o, al menos, nos dan pistas de por dónde podemos y debemos avanzar. Hasta este momento, pues yo creo que creíamos que éramos los mejores del mundo, pero hoy sabemos que en realidad no lo somos, como ha quedado demostrado.

La primera enseñanza es, quizás, la necesidad de colaboración entre todos los profesionales sanitarios, una colaboración que se ha producido, sin duda, en la respuesta a la COVID, pero en la que necesitamos profundizar, propiciando una mayor integración de los diferentes niveles y ámbitos del sistema sanitario. La multidisciplinariedad y el trabajo en equipo no pueden ser meros desiderátums o conceptos teóricos, debemos aterrizarlo a la realidad práctica, poniendo, efectivamente, al paciente en el centro.

En segundo lugar, la pandemia nos ha enseñado la importancia de las políticas de salud pública. Esto, que más o menos todos lo teníamos claro, pero de una forma más bien abstracta, creo que ha quedado puesto de manifiesto de una forma tan nítida como concreta. Hay muchas variables que inciden sobre la salud pública y que van desde las propias políticas medioambientales hasta los estilos de vida, la alimentación y los hábitos de la población, cuestiones en las que los profesionales sanitarios no podemos desentendernos. Es preciso tener una visión más transversal sobre la salud y que los sanitarios contribuyamos a ella, porque, como dice la OMS, hay una sola salud, que es, al mismo tiempo, la salud del planeta, la salud animal y la salud humana.

La pandemia nos ha mostrado también que el trabajo de los profesionales sanitarios debe empezar mucho antes, cuanto más lejos de los hospitales mejor, y que el sistema sanitario necesita reforzar sus primeros niveles de atención. Robustecer la apuesta de acceso al sistema es reforzar nuestra capacidad de prevención y control, a la vez que mejorar las posibilidades de respuesta ante agudizaciones, pacientes críticos y emergencias sanitarias. Dicho de otra forma, si hay que hacer un énfasis especial de refuerzo y mejora dentro del sistema, ese debe focalizarse en la atención primaria, por su papel fundamental como dique de contención para evitar el colapso de la atención hospitalaria y por su no menor importancia para la detección precoz, prevención y fomento de hábitos de vida saludables.

También hemos aprendido que la transformación digital puede y debe ser un aliado de la atención sanitaria. Uno de los grandes retos durante lo peor de la crisis sanitaria no fue solo dar respuesta adecuada a los pacientes de la COVID-19 sino evitar que la pandemia supusiera un deterioro grave en la atención a pacientes con otras patologías. Y en este reto, la teleasistencia no ofreció todas las respuestas, pero sí instrumentos de apoyo, que resultaron exitosos para paliar los daños; instrumentos para los que nos debemos preparar mejor, haciendo las inversiones en formación y tecnología que resulten pertinentes.

Finalmente, creo que la pandemia nos ha enseñado, a un precio muy alto sin duda, que tenemos que mejorar la protección de los colectivos más vulnerables y de forma muy especial de las personas mayores y de los pacientes crónicos y más aislados socialmente, y ha puesto de manifiesto la profunda correlación entre lo social y lo sanitario. El dramático impacto de la primera oleada entre las personas mayores de 70 años debe hacer tomar conciencia de la necesidad de un enfoque integrador que aúne lo social y lo sanitario en un contexto de envejecimiento progresivo de la población, aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas e incremento de la dependencia. Por resumirlo brevemente, creo que la pandemia nos ha demostrado la necesidad de avanzar en las políticas de salud pública, en la integración de los diferentes niveles y ámbitos asistenciales del sistema sanitario, en el refuerzo de la atención primaria y el peso de las estrategias de prevención y diagnóstico temprano, en la digitalización y modernización de algunos procesos asistenciales, en el análisis y explotación de los datos y, quizás por encima de todo ello, en la protección de los colectivos más vulnerables, los pacientes más frágiles y las personas mayores.

La pandemia nos ha enseñado todo eso y también que los profesionales farmacéuticos pueden contribuir de forma importante a todo ello. Ya lo argumentábamos y lo proponíamos con anterioridad, pero ahora, gracias a nuestra contribución durante la crisis sanitaria y, muy especialmente, durante el estado de alarma, tenemos muchas evidencias y una experiencia muy específica del modo en que podemos hacerlo y de los magníficos réditos que pueden obtenerse de esa mayor colaboración y aprovechamiento de la farmacia por el sistema público de salud.

Está lejos de mi intención venir aquí con un discurso autolaudatorio, pero tampoco puedo ni quiero ocultarles mi orgullo por la respuesta de la profesión farmacéutica en sus diferentes destinos profesionales. Esta profesión ha tenido en esta crisis una indiscutible vocación social y compromiso con todas las políticas públicas sanitarias. La farmacia, como todos sabemos, fue declarada servicio esencial por el Gobierno, y esa condición se visibilizó de una forma muy notoria, pues prácticamente durante un tiempo en las calles todo se veía vacío, todo se veía cerrado y solo se veían las farmacias en nuestras ciudades y en muchos pueblos, solamente estaba la farmacia como referente sanitario. No es ninguna exageración decir que para una gran mayoría de ciudadanos la farmacia representó su primera y única conexión con el sistema sanitario, el punto de encuentro no solo para adquirir medicamentos, pero sí para resolver dudas donde buscar alguna certeza, la información directa de un profesional sanitario y hasta incluso alguna vez un poco de calor humano.

Sin embargo, los profesionales no nos contentamos con hacer, en circunstancias excepcionales y con riesgo evidente para nuestra salud, lo que ya hacíamos en una situación de normalidad, sino que quisimos ir más allá, ayudando de forma especial a quienes más lo necesitaban. Y, así, gracias a la iniciativa y al empuje de los propios farmacéuticos, por ejemplo, llevamos los medicamentos a las casas de los pacientes en situación de fragilidad, después de articular con la Administración sanitaria andaluza el procedimiento excepcional para ello. También acordamos con la Administración un procedimiento de actuación para la dispensación excepcional por el fin del tratamiento, que ayudó a descongestionar consultas y, sobre todo, evitó situaciones de exposición al virus. E, igualmente, se puso en marcha un servicio de entrega de medicamentos de dispensación hospitalaria, que en ese momento no se podía hacer en los hospitales, y se les llevó a pacientes a través de las farmacias comunitarias, con tanto éxito que ha sido posteriormente..., se está intentando desarrollar por otras comunidades. Le puedo dar el dato de que en Andalucía se han hecho 100.000 entregas de medicamentos a pacientes oncológicos en domicilios.

Un estudio realizado por una consultora independiente, basado en las experiencias de dispensaciones colaborativas de medicamentos hospitalarios que se desarrollan en seis comunidades españolas —la primera de ellas, la nuestra—, mostraba recientemente los satisfactorios resultados de estos programas, que permitieron mantener la continuidad del tratamiento, la calidad de la atención farmacéutica, y reducir los riesgos de transmisión de la infección por COVID-19 a pacientes vulnerables. Esto ha logrado una gran aceptación, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales farmacéuticos hospitalarios y comunitarios.

Y, sin ánimo de hacer un inventario exhaustivo, se prestaron otros servicios fuera del guion, por así denominarlos, como colaborar con las autoridades y fuerzas de seguridad del Estado en materia de violencia de género con el proyecto Mascarilla-19, y en la localización de personas mayores, y también como ejercer de verdaderos educadores sociales, trasladando a la sociedad muchas veces las recomendaciones sanitarias, según estas iban cambiando —y, como todos sabíamos, pues cambiaban de un día a otro— y luchando contra la confusión y todos los bulos difundidos a través de las redes sociales. Hay que tener en cuenta que todos los días prácticamente pasa el 20% de la población por las farmacias andaluzas y españolas. Todo ello, ni que decir tiene, de forma completamente altruista, con el único objetivo de plantar un verdadero escudo sanitario frente a la vulnerabilidad. Hace cuatro años, en una comparecencia, también aquí en el Parlamento, acerca del proyecto de ley de garantías y sostenibilidad del sistema sanitario público de Andalucía, expresé mi convicción de que fenómenos como el envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, la falta de cuidadores, o los problemas de adherencia, dibujaban entonces y siguen dibujando hoy un nuevo escenario de retos para el sistema público de salud, frente a los cuales resulta necesario plantear reformas estructurales. Son necesarias respuestas audaces, capaces de paliar la tensión creciente entre la sostenibilidad del sistema, a la que garantizar la calidad y la universalidad de las prestaciones sanitarias.

Entre esas respuestas, señalé que es fundamental, es la de lograr una colaboración aún mayor y una integración aún más intensa de las farmacias dentro del sistema público sanitario, de acuerdo con su condición de establecimiento sanitario privado de interés público, reconocida en la legislación farmacéutica española, concretamente la Ley 22/2007. Con esa colaboración y aprovechamiento de un recurso sanitario, como es la farmacia, aún más intensa, me refería a la incorporación sin reservas de las farmacias a los grandes objetivos del sistema público sanitario y, por tanto, a una mayor coordinación de la red de oficinas de farmacia con el resto de servicios sanitarios públicos y de interés público, así como una mayor cooperación y protagonismo de las farmacias en cuestiones clave como el fomento del uso racional de los medicamentos, la mejora de la adherencia, o el control de los pacientes crónicos.

Entonces, digo —y lo vuelvo a repetir ahora— que, si importante es para el sistema y su sostenibilidad el uso racional de los medicamentos, más relevante aún es el uso racional de los farmacéuticos y de las farmacias que tenemos y sacar partido de la capilaridad de nuestra red de farmacias. Hay que tener claro que contar con las farmacias en la mejora de la sanidad pública andaluza no es privatizar el sistema público, ni externalizar recursos de lo público. Somos un sector extremadamente regulado, en el marco de un concepto jurídico muy concreto, el interés público. Quiero decir, la farmacia ni quiere ni puede hacer nada que atente contra el interés público. Nuestra relación con la Administración se rige a través de una herramienta concreta y compleja, el concierto con el Servicio Andaluz de Salud. En él se define qué hace y qué no hace la farmacia andaluza en relación con el sistema sanitario.

Este es el momento para hacerlo, este es el momento de dar continuidad a experiencias exitosas que se han desarrollado profesionalmente durante la pandemia y que han mostrado su eficacia para

mejorar la atención de los pacientes, como por ejemplo, la entrega de medicamentos de dispensación hospitalaria, la colaboración entre la farmacia hospitalaria y la comunitaria para dispensar estos medicamentos aúna el acercamiento de los fármacos al domicilio del paciente y la posibilidad de una atención farmacéutica completa por el farmacéutico que elige el paciente.

Imagínense en una comunidad como la nuestra, en este caso, que es casi como un país como Portugal, iguales de grande, y de extensión, pero con una dispersión geográfica quizás mayor, pues un señor que está en un pueblecito de Trevélez, en la Alpujarra, que tenga que desplazarse a una ciudad o a otro sitio a por un medicamento. También quiero decirle que estas entregas de medicamentos se han hecho incluso entre provincias, es decir, a un paciente de Cádiz le ha llegado un medicamento del Virgen de las Nieves de Granada en un día, saliendo por la mañana y por la tarde ha estado entregado a este paciente en la farmacia, y por el farmacéutico, que lo atendió, y con la plena observancia de los servicios de farmacia del hospital y de la farmacia comunitaria. Creo que es un hito, que todos nos tenemos que sentir satisfechos en esta comunidad, que se ha hecho aquí, lo hemos hecho, y la verdad es que ha sido la única comunidad española donde, con diferencia sobre las demás, se ha superado el número de entregas y de servicios que se han hecho en este caso. Por eso, todos los andaluces debemos felicitarlos.

Pero esto no es solo un ejemplo y una experiencia concreta. De la mayor integración de la farmacia comunitaria dentro del sistema y, particularmente, refuerzo de la colaboración con la atención primaria, es una oportunidad estratégica que va más allá de la mera coyuntura de la pandemia y que demanda a bases decididos en esa dirección. A Einstein se le atribuye ese aforismo de que «si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo». La pandemia nos ha dado la razón, demostrando que una colaboración más intensa de las farmacias en los grandes retos del sistema público de salud, no solo es posible, sino que puede resultar enormemente efectiva. Desde el Consejo Andaluz no hemos dejado de ofrecer a la Administración andaluza vías e iniciativas para ello, desarrollando programas que amplían los servicios farmacéuticos con nuevas prestaciones dirigidas a objetivos cruciales, como mejorar la adherencia a los tratamientos o el control de los pacientes crónicos.

La pérdida económica que supone la pérdida de adherencia a los tratamientos, si alguna vez todos supiéramos exactamente lo que es, nos llevaríamos las manos a la cabeza. Programas sobre los que ya se han ido acumulando evidencias científicas que muestran su costo y eficacia, y que si fueran decididamente abanderados y promovidos por la Administración, se traducirían, estoy convencido, no solo en mejoras en la calidad y universalidad de las prestaciones sanitarias, sino también en ahorros a medio y largo plazo y, por tanto, en un avance real en el objetivo de la sostenibilidad, eficacia y calidad del sistema.

El primero de estos programas, creados por el Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos, fue el servicio de dosificación de medicamento SPD, un servicio que ayuda al paciente a seguir su tratamiento, organizándole su medicación por días y tomas para un tiempo determinado y, gracias al cual,

estamos logrando resultados muy positivos en el control del paciente, el cumplimiento del tratamiento, la reducción de errores en la toma de medicamentos y la reducción de los problemas relacionados con la manipulación, conservación y la confusión e intoxicación involuntaria. No olvidemos los cuidadores que cuidan muchas personas en dependencia, que están en casa, y hay veces que son pacientes polimedcados y la manipulación y la administración de estos medicamentos, pues, están creando, realmente, auténticos problemas de salud entre todos los pacientes. Con esos resultados ya más que acreditados a pequeña escala, lo que necesitamos es que esta nueva prestación farmacéutica sea incorporada por la Administración a la cartera de servicios básicos.

Ya hay más de 4.800 farmacéuticos acreditados en Andalucía con la formación necesaria para prestar este servicio. Y ya hay ayuntamientos en algunas provincias que, a través de Servicios Sociales, convenian con los Colegios de Farmacéuticos la prestación de ese servicio a personas para las que es ciertamente una necesidad, personas que están solas o cuyo cuidador no tiene capacidad para organizar esta medicación, personas con una alta vulnerabilidad en cualquier caso.

Y quiero aportarles algunos datos de lo que significaría extender este servicio dándole cobertura a través del sistema sanitario. Se estima que hasta un 49% de los pacientes olvida tomar su medicación. Y hasta un 29% deja de tomarla una vez iniciado el tratamiento, el 31% no retira la medicación que se le ha prescrito, y hasta un 24% toma una dosis menor de la que le ha prescrito su médico. La no adherencia a los tratamientos farmacológicos provoca un coste estimado en los gobiernos europeos, y por los gobiernos europeos, de 125.000 millones de euros. Con una apuesta real y efectiva por el SPD, podríamos contribuir a mejorar los índices de adherencia y favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario, y lo que es más importante, a todas las personas más frágiles de nuestra sociedad.

Otro proyecto de nuevos servicios asistenciales emprendido por las farmacias andaluzas es el denominado Mapafarma o monitorización ambulatoria de la presión arterial desde la farmacia. Ya se ofrecen por más de 300 farmacias en Andalucía, y que está permitiendo detectar errores en la toma aislada de la presión arterial, errores relacionados con fenómenos de bata blanca o hipertensión enmascarada. Quiero agregarles que el 99% de los pacientes consideran la oficina de farmacia como el lugar más idóneo para la monitorización ambulatoria de la presión arterial, frente al 1% que prefiere los centros de salud, y que las farmacias andaluzas reciben de hecho una media de 20.000 consultas diarias relacionadas con la hipertensión arterial. Dando cobertura pública a este programa se estarían dando, por tanto, respuestas a una demanda real de atención por parte de la población, realizando una aportación significativa desde las farmacias en la mejora del control de la hipertensión arterial, un objetivo de gran importancia para la salud de la población, pues está directamente relacionado con el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Otro programa ya en funcionamiento es la asistencia a nuevos medicamentos, un servicio de acompañamiento al paciente crónico, a quien prescriben un nuevo medicamento, y cuyo objetivo es

mejorar la adherencia y fomentar un uso responsable del fármaco, propiciando una mejor relación del paciente con su medicación. Se trata de un programa premiado por la propia Escuela Andaluza de Salud Pública, que le ha otorgado una mención especial en su primer concurso de iniciativas de alfabetización en salud.

Finalmente, otro servicio que ya están ofreciendo muchas farmacias es el de la cesación tabáquica, un acompañamiento al paciente en el proceso este de deshabituación del tabaco, que resulta fundamental para avanzar en la prevención de numerosas patologías.

Y a la par, ya en funcionamiento en numerosas farmacias hay muchos otros, por así decirlo, en los que estamos trabajando vía proyecto y pruebas piloto, en las que pretendemos medir, primero, la viabilidad, después el alcance y los resultados. Estamos trabajando en un proyecto profesional para la detección precoz de la fibrilación auricular, que en personas mayores de 40 años alcanza al 4,4% de la población, y a casi al 10% en mayores de 70. El diagnóstico temprano es fundamental para prevenir episodios de ictus, pero, al mismo tiempo, es complicado, porque en un porcentaje muy importante de pacientes la fibrilación auricular no presenta síntomas muy evidentes y, por ello, los farmacéuticos podemos contribuir a esa detección precoz.

Estamos trabajando en sendos proyectos profesionales para la entrega de medicamentos hospitalarios y dispensación excepcional por fin de tratamiento, con los que pretendemos dar continuidad a actuaciones que se desarrollaron extraordinariamente durante la pandemia, pero que podrían y deben normalizarse, por sus resultados extraordinarios.

Quiero decirles que las farmacias y la Administración sanitaria andaluza ya hemos venido colaborando satisfactoria e intensamente desde hace mucho tiempo. Y así, juntos, hemos sido capaces de desarrollar proyectos pioneros e innovadores, como las políticas de dispensación por principio activo, la receta electrónica, que fue..., en el año 2000 se instaló en Andalucía —hay comunidades en España que hace tres o cuatro años la han instalado, nosotros empezamos en el año 2000—. Andalucía ha sido visitada desde Estados Unidos, Japón y distintos países —noruegos, suecos...—, para ver nuestra receta electrónica. Creo que todos, pues fue una iniciativa que nació aquí, nos tenemos que sentir orgullosos, y así nos sentimos.

Del mismo modo, también en el momento actual tenemos en vigor diferentes acuerdos y escenarios de colaboración con la Administración en materias como la COVID persistente y la prevención de la enfermedad cardiovascular, el control del peso y la educación.

También, antes de acabar ya, no quiero acabar sin hablar de un hito fundamental, que para nosotros en Andalucía debe de ser..., nos tenemos que sentir orgullosos. Desde aquí se hizo..., en Andalucía se hizo una gestión absolutamente altruista, regida por un convenio que está a disposición de todos ustedes, de la logística de las vacunas COVID-19, a cabo de la cooperativa de distribución farmacéutica líder en Andalucía, Bidafarma, que está formada por la fusión de unas cooperativas andaluzas con más de cien años de existencia. Esta cooperativa ha repartido catorce millones de dosis, cero errores

de entrega, cero incidencias y cero pérdidas. Es una operación logística de la que nos sentimos enormemente orgullosos como andaluces y como responsables farmacéuticos y, en cierto modo, socios de esa cooperativa. Todos debemos de sentirnos, puesto que se ha hecho desde aquí, y todos sabemos que Andalucía ha sido la comunidad autónoma que en la gestión, en la logística, en la expedición y entrega de vacunas ha sido todo un éxito. Y por eso les digo que quiero que todos sepamos que esto se ha hecho aquí, en esta comunidad, en nuestra comunidad.

Pero bueno, pero es el momento de dar respaldo —y fuerza legal— ejecutivo y presupuestario a esta colaboración de las farmacias con el sistema público sanitario, que excede con mucho la labor de dispensación del medicamento. Es el momento de reconocer explícitamente que hay muchos retos del sistema público de salud en los que la farmacia puede realizar una aportación significativa, con nuevos servicios en el ámbito de la adherencia de los medicamentos, vigilancia y promoción de la salud, desde la capilaridad de su red asistencial, con su tecnología, con la cualificación de sus profesionales, con la medición de resultados. Ojalá ustedes así lo entiendan y asuman, y esa pueda ser una de las conclusiones del Grupo de Trabajo para la Mejora de la Asistencia Sanitaria en Andalucía.

Muchas gracias a todos y les deseo suerte en su cometido.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, señor Mingorance.

Ahora, si algún Grupo quisiera hacer algún comentario, tiene la posibilidad. Señor Pozuelo.

El señor POZUELO CEREZO

—Yo, si me permite, presidenta, simplemente darle las gracias por esa magnífica labor que han desarrollado durante todo este año pandémico, tan terrible, que hemos tenido, por esa dispensación a domicilio de medicamentos que tanto bien ha hecho y, por supuesto, también por esa entrega en el reparto de las vacunas, que —como bien ha dicho— Andalucía ha sido un modelo en todo el país en ese reparto y entrega y dispensación de las vacunas, que nos han permitido que a día de hoy estemos en la situación que nos encontramos. Así que, por lo que a mí me toca —y creo que hablo en nombre de todos mis compañeros—, muchísimas gracias.

El señor MINGORANCE GUTIÉRREZ, PRESIDENTE DEL CACOF

—Muchas gracias, muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Sin más, sabemos que estos grupos escucharán e incluirán seguro en sus propuestas lo que ustedes han dicho aquí. Reiteramos las gracias por su participación, y quedamos a la espera de la documentación que quieran adjuntar al Grupo.

Gracias.

[Receso.]

Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO.-Andalucía

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenos días. Seguimos con esta sesión de comparecencias. En este caso, comparece la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras de Andalucía. Le damos la bienvenida, don José Pelayo Galindo Pelayo, secretario general de la Federación de Sanidad. Cuando usted quiera, sabe que tiene un tiempo entre quince y veinte minutos, para intervenir. Y a su disposición, cuando quiera.

El señor GALINDO PELAYO, SECRETARIO GENERAL DE LA FEDERACIÓN DE SANIDAD DE CC.OO.-ANDALUCÍA

—Bueno, lo primero es agradecer el que nos hayan invitado a Comisiones Obreras a estas comparecencias y darles las gracias por la oportunidad que nos ofrecen para que escuchen los análisis y las propuestas que Comisiones Obreras tiene sobre la sanidad pública. Porque, bueno, somos, como ya conocen, un sindicato sociopolítico, además de feminista, cosa que van a ver impregnado en toda mi intervención, y para nosotros, bueno, la sanidad pública, junto a la educación y a los servicios sociales son las mejores herramientas generadoras de igualdad para la sociedad andaluza y, sobre todo, para la clase trabajadora, a la que represento hoy aquí, y también para la población más vulnerable.

Desde que se instauró la democracia, siempre hemos escuchado y leído que tenemos la mejor sanidad pública del mundo. Y así lo hemos creído firmemente. La universalidad de la asistencia supuso un avance social sin precedentes; la descentralización de su gestión hacia las comunidades autónomas supuso un avance centrado hacia la ciudadanía y nos hizo alcanzar cotas de calidad nunca conocidas hasta el momento. A esto se le une que los diferentes estudios realizados demuestran que la sanidad pública era de las más eficientes del mundo. Pero Comisiones Obreras quiere dejar claro que era eficiente por la alta cualificación de los profesionales y debido también a las bajas retribuciones.

Siempre hemos afirmado esto y siempre hemos reconocido que existen puntos débiles en el sistema. En Andalucía, nos encontramos ante un proceso de descapitalización de la sanidad pública desde hace décadas, que se ha venido produciendo de forma lenta y velada, pero desde los recortes impuestos por el Gobierno de Mariano Rajoy y con el seguidismo del Gobierno de Andalucía en esos momentos, la sanidad pública sufrió el mayor ataque de la historia, disminuyendo brutalmente los presupuestos y perdiendo capital humano y capital intelectual.

Esta forma de actuar tuvo dos consecuencias fundamentales. Primero, la degradación progresiva de la atención que se ofrece en la sanidad pública, de manera que se genera la imagen entre la población de que la sanidad pública no funciona. Segundo, se crea la necesidad de contratar seguros privados de provisión de salud por parte de la ciudadanía, que, como ya conocerán, ha aumentado durante la crisis económica. Estas dos consecuencias posibilitan la actuación de los *lobbies* de la sanidad privada, que siempre han intentado aprovecharse de gran parte del presupuesto de lo público, debido a la sanidad..., utilizando diferentes fórmulas de la mal llamada colaboración público-privada, colaboración perversa que solo esconde diferentes formas de privatizar servicios públicos.

Este planteamiento es dramático, primero porque aumenta la brecha social a la hora de tener una atención sanitaria y, segundo, porque rompe con el principio de universalidad y transversalidad, que son la base de la sanidad pública y, especialmente, de la atención primaria, con las consecuencias que ello conlleva.

En esta situación, llegamos a la pandemia. Para Comisiones Obreras, la pandemia ha supuesto un test de estrés al que ha sido sometida la sanidad pública, y la sanidad pública lo ha superado satisfactoriamente, sobre todo cuando se le ha dotado de presupuesto y personal suficiente, y, sobre todo, por la profesionalidad y dedicación mostrada por todos los trabajadores y trabajadoras del sistema sanitario público andaluz. Pero el sistema ha quedado tocado, hemos salido con algunas señales de alarma, y a Comisiones Obreras le preocupa que la política sanitaria actual no sea la adecuada para conseguir su recuperación y afrontar los nuevos retos sanitarios que el futuro nos depara.

Existe otro gran problema en la sanidad pública andaluza y estatal, y es el gran número de profesionales médicos que se jubilarán en los próximos años. Esto significará otra descapitalización humana, que afectará por desigual a diferentes especialidades, pero esto ya había sido estudiado, había sido analizado, se sabía y no se han hecho los deberes.

De esta forma, en nuestra línea argumental llegamos al nivel asistencial de la atención primaria. Si ya decíamos que la sanidad pública es la mejor herramienta para generar igualdad en la sociedad andaluza, la atención primaria es su brazo ejecutor por excelencia, y la atención primaria está sufriendo hasta límites no aceptables. Comisiones Obreras ya en el año 2018 presentó 150 medidas para reactivar la atención primaria, documento que les hemos hecho llegar a esta comisión. ¿Por qué? Porque Andalucía estaba perdiendo su esencia, como es la accesibilidad, el trabajo multidisciplinar, la actividad preventiva y comunitaria, no se alcanzaba a cumplir con la cartera de servicios, y habíamos dejado de ser la referencia de la atención primaria en el Estado, cosa que habíamos disfrutado anteriormente. Arrastramos desde antes de la pandemia una atención primaria muy tensionada, con plantilla y presupuestos infradotados y con una carga de trabajo muy elevada, que incluye trabajos burocráticos, a veces inducidos por el resto de los niveles asistenciales y a veces por el mal funcionamiento de las unidades de gestión clínica, donde el profesional tiene que elegir muchas veces en meter datos en vez de atender al paciente.

Ante este panorama, la pandemia añadió una sobrecarga asistencial, que supuso contención de las asistencias de los servicios de urgencias, se paraba en atención primaria, y eso conllevó una sobrecarga en desigualdad por parte de los trabajadores. Los trabajadores de atención primaria son los trabajadores que más han sufrido la COVID y más muertes han presentado.

Además de todo ello, hay que sumar la atención que este primer nivel de las sucesivas oleadas de la COVID..., la sobrecarga de asumir toda esta atención disminuyó la accesibilidad de los pacientes y, además, hay que añadir la sobrecarga que suponen todos aquellos pacientes que han pasado COVID que quedan con secuelas.

En el caso de Andalucía, la decisión por parte de la Administración de mantener las consultas telemáticas durante más de un año como forma de acceso al sistema ha supuesto un deterioro añadido a la atención primaria, por distintos motivos que vamos a detallar. Voy a hacer un resumen, mi intervención creo que ha sido mandada y voy a hacer un resumen, pero la tienen..., todo lo que queremos decir más detallado por escrito. ¿De acuerdo?

Bueno, este mantenimiento de la atención telemática ha vulnerado el principio de accesibilidad a la atención primaria, ha generado grandes dificultades para conseguir cita telefónica y, cuando se consigue, la demora es de siete a catorce días en los mejores de los casos. Y podemos constatar que se ha producido una brecha digital, brecha digital a la que voy a referirme más adelante. Ha supuesto una duplicidad de profesionales y ha conllevado problemas de seguridad clínica y problemas de responsabilidad profesional a los profesionales, donde han tenido que tomar decisiones sin ver al paciente y bordeando situaciones bastante críticas.

Todo esto ha supuesto un desgaste emocional, un desgaste emocional de los profesionales, que han tenido que trabajar así y se han sentido abandonados por parte de la Administración, que no ha movido un dedo para solucionar el escarnio público que ha habido —y entrecomillo— porque los médicos no querían atender a los pacientes en atención primaria.

A todo ello se une también el cierre temporal que se produjo en los puntos de atención continuada, que aún continúan cerrados muchos de ellos.

Toda esta situación ha motivado una fuga de pacientes sin precedentes en Andalucía hacia la sanidad privada, lo cual ilustra que la actitud insistente del Gobierno de la Junta de Andalucía de no retomar la presencialidad, a pesar de que había relajado las medidas en el resto de la sociedad, respondía a cualquier cosa menos a preservar la atención primaria y a sus trabajadores y trabajadoras. Esta fuga de pacientes fuera del sistema sanitario público de Andalucía supone una pérdida de control de la sanidad pública de muchos procesos asistenciales y afecta profundamente a las actividades preventivas y de salud pública.

Por todo ello, es necesario afrontar el reto de un nuevo impulso de la atención primaria. De nada sirve que desde la Administración se lance un plan estratégico donde el único objetivo..., de forma unilateral, donde el único objetivo que tiene es suplir el déficit de algunos profesionales, y genera unos

perfiles nuevos, fundamentalmente en enfermería, y provoca situaciones de inseguridad jurídica, sobre todo en los actos de enfermería que se puedan realizar en la consulta de acogida.

Pero aparte... Además, la Administración considera que la atención primaria esté atendida por médicos y enfermeros, y no tiene en cuenta el trabajo multidisciplinar y la existencia de otras categorías tan importantes como fisioterapeutas, matronas, odontología, TCAE, celadores conductores, personal administrativo, técnicos de salud, veterinarios, etcétera, fundamentales en el trabajo diario de la atención primaria.

Consideramos que este nuevo impulso debe hacerse de forma consensuada entre los representantes públicos, los representantes legales de los trabajadores y las sociedades científicas, que hagan de la atención primaria un instrumento ideal para generar un adecuado nivel de salud de la población y, por tanto, un instrumento de igualdad para la sociedad andaluza, y que disminuya la brecha de desigualdad existente actualmente.

Como ya hemos comentado, Comisiones Obreras tiene elaborado un plan de 150 propuestas, que van desde la organización del trabajo hasta la actuación en edificios y también, como no puede ser de otra manera, abordamos mejoras retributivas, pero no nos centramos en ellas, como hacen otras organizaciones que, por cierto, han copiado muchas de nuestras propuestas de 2018.

Cambiando de tema, quisiéramos hacer también un repaso de la atención especializada, que en muchos aspectos también afecta a la atención primaria. Comisiones Obreras detecta fuera de las cuestiones laborales dos grandes problemas de la atención especializada.

Primer problema: externalización de servicios y la atención sanitaria con medios ajenos al SAS, que continúa multiplicándose presupuesto tras presupuesto. En este apartado, destacamos varios aspectos: el manejo de las listas quirúrgicas, de primeras consultas y de medios diagnósticos con derivaciones hacia la sanidad privada; la externalización de servicios como limpieza, mantenimiento, cocina, electromedicina, etcétera; y los conciertos con instituciones cerradas, que no hacen más que generar desigualdades entre la ciudadanía andaluza. Nombro dos solamente: los conciertos con la Clínica Pascual y el Consorcio Público del Aljarafe. Sobre el Consorcio del Aljarafe, disponen ustedes de un informe elaborado por Comisiones Obreras donde se evidencia la situación laboral de estos profesionales públicos, y de las desigualdades generadas en más de los trescientos mil ciudadanos de esa comarca, lo que nos hace pedir alto y claro la necesidad de integrar este consorcio público en el Servicio Andaluz de Salud. No sé qué puede mover a los gestores de lo público a inclinarse por una gestión privada, que no demuestra que sea más eficiente y, además, está demostrado, como ocurre en la limpieza, que tiene sobrecostes; en este caso, del 30% y, sin embargo, seguimos externalizando.

Segundo problema de la atención especializada: la red de agencias públicas sanitarias, que en sí no son un problema, pero sí la existencia de una red sanitaria paralela al SAS, que no ha aportado ningún beneficio. Ya en 2004, Comisiones Obreras comenzó a solicitar la integración del SAS, y es justo reconocer que ha sido con la actual Administración cuando se ha empezado a materializar.

Sí quisiéramos detenernos un instante en la atención a la salud mental prestada en Andalucía. Para Comisiones Obreras, la salud mental ha sido un área de especial atención, debido a sus actuaciones sociales y a la vulnerabilidad de los pacientes que atiende.

Queremos destacar dos cosas: una, la falta de profesionales es endémica y generalizada, pero nos queremos centrar en dos fundamentalmente, en los psicólogos clínicos y en los enfermeros especialistas en salud mental, que son formados en la sanidad pública, y dejamos que se marchen. Tenemos que decir que la Administración no apuesta por la salud mental y no apuesta por la implantación de plazas especializadas de enfermería. Y, por otro lado, quisiéramos destacar la rehabilitación e inserción social y laboral de los pacientes de este ámbito, que se deja en manos de FAISEM, una fundación pública que está en una situación deplorable, por situaciones contractuales, por situación de eventualidad de la plantilla, por externalización de servicios. Y consideramos que la rehabilitación es un objetivo de la sanidad pública, y no entendemos cómo este colectivo se deja en manos de otras entidades, al igual que no podríamos entender que la rehabilitación de un enfermo cardiaco se hiciera en otras entidades que no fuera el Servicio Andaluz de Salud. Por lo tanto, no entendemos esta diferenciación.

La pandemia ha puesto en el escaparate la atención prestada en salud mental, y la sanidad pública no puede fallar, debe dar la talla.

Hay otros dos asuntos que a Comisiones Obreras nos preocupa, y se refiere a la Ley de la Eutanasia. La aprobación de la ley ha creado expectativas fáciles de entender, desde nuestro punto de vista, en enfermos y enfermas en fase terminal, que entienden como una solución a su situación y que se encuentran ahora con la realidad de la lentitud de la puesta en marcha de esta ley. Cada día de retraso supone a estas personas un día más de sufrimiento, dolor y otras dificultades. No se puede justificar la lentitud que estamos sufriendo en Andalucía.

Segundo tema es el relacionado con la dificultad que encuentran las mujeres embarazadas que desean abortar, ejercer el derecho que tiene a abortar, de poder realizarlo en el menor tiempo posible y en los centros sanitarios cercanos a su lugar de residencia. Una vez más, la mayoría de las veces es un servicio externalizado a la sanidad privada.

Antes de finalizar con propuestas de mejora, quisiéramos detenernos en cuestiones laborales porque, como no puede ser de otra forma, es algo que nos interesa, como organización sindical que somos.

Quisiéramos empezar por el despido de los 8.000 trabajadores y trabajadoras que se han producido en las últimas semanas. No queremos entrar en lo injusto o justo de la medida, no queremos entrar en si se maquillan las cifras que se han dado o no —que sí—, pero no queremos entrar en eso. Donde sí queremos entrar es en la equivocación que ha supuesto esa toma de decisión porque, como se deduce en todo lo que estoy diciendo, la falta de profesionales es algo que impregna la sanidad pública, y estamos prescindiendo de 8.000 trabajadores y trabajadoras.

Podemos entender que son decisiones equivocadas, porque lo que se avecina, los nuevos retos que nos ha generado la COVID y lo que se avecina con nuevas oleadas, hace que este despido mantenga

preparado al sistema sanitario público. Esa es la versión más benévola. La otra versión no benévola puede ser que esté detrás la privatización de varios servicios. De hecho, pongo un ejemplo, en el hospital Torrecárdenas, el Hospital Universitario de Torrecárdenas, después de ser despedidos alrededor de 13 trabajadores de mantenimiento, se comenzó a preparar el pliego para externalizar el mantenimiento del materno infantil. Eso creemos que lo hemos detenido con las movilizaciones, pero eso nos da que pensar mucho.

Otro aspecto a tener en cuenta es el incumplimiento de las promesas que este gobierno ha realizado, que era, por ejemplo, el de equiparar los salarios a la media estatal como medida necesaria y fundamental para evitar la fuga de profesionales. Solamente se han dado dos pasos en este sentido, se han mejorado las retribuciones de algunos complementos y de la atención continuada. Esto afecta a algunas categorías del grupo A1 y algunas categorías del grupo A2 nada más. Y se ha pagado la exclusividad a aquellos profesionales médicos que trabajan también en la privada.

Estas medidas, esta medida en concreto ha supuesto un coste de 30 millones de euros al año, y solamente afecta a 2.500 médicos. No ha habido más mejoras salariales. El resto de mejoras salariales y laborales están en un limbo de negociación en la Mesa Sectorial que, muchas veces, pensamos las organizaciones sindicales que nos mantienen entretenidos, pero sin llegar a acuerdos. Muchas mesas, mucho debate, pocos acuerdos. Si quieren, puedo poner ejemplos en el turno de preguntas, si lo desean. Esto genera un ambiente crispado y tenso en el seno de la Mesa Sectorial, que está muy lejos de lo deseado.

En el campo de la estabilización laboral se están dando pasos, o sea, están saliendo ofertas públicas de empleo aplicando la tasa de reposición máxima permitida, pero no se están haciendo en la interinización de aquellos contratos eventuales estructurales que existen, no se están interinizando y, por tanto, se están equivocando y se están retrasando muchas comisiones de valoración de la bolsa de empleo temporal.

Y ahora quisiera centrarme un poquito en la brecha digital que afecta tanto a trabajadores como a ciudadanos. Todo el acceso al empleo público, como el acceso a los servicios sanitarios se realiza mediante medios telemáticos, quedando muchos colectivos vulnerables y no adaptados al mundo digital al margen de la Administración pública. Esto, para Comisiones Obreras, es un problema, y consideramos que no se está teniendo en cuenta al poner en marcha la administración digital.

Pongo un ejemplo en el ámbito laboral. Las secciones sindicales de Comisiones Obreras se dedican prácticamente, el 70 o 80% a solucionar esta brecha digital en aquellos trabajadores que quieren acceder a unas oposiciones o que quieren acceder a una bolsa, porque no son capaces de realizarlo. Esto es un problema, existe una vocación, por parte de la Administración, de no solucionarlo, porque las unidades de atención al profesional tiene orden de que no atiendan a ningún trabajador para hacer ese tipo de labor, con lo cual, todo recae en las secciones sindicales. Y, por tanto, no hay voluntad de solucionarlo. Y eso nos preocupa.

Quisiera también centrarme en el Plan de Igualdad del Servicio Andaluz de Salud, que está en vía muerta y que no tiene el empoderamiento que debe tener una empresa tan feminizada. Este Plan de Igualdad debería impregnar todas las relaciones y la organización laboral de la empresa. Y no es así.

En materia laboral existen múltiples problemas sin resolver y que se repiten año tras año. Sería innumerable, pero quiero enumerar algunos. El pago del CRP, que esto es para escribir un libro, movilidad interna del personal, traslados, carrera profesional, comisiones de servicios, baremos para la sección del personal, aumento de retribuciones, agresiones a profesionales, etcétera, múltiples problemas que no se abordan y no se solucionan.

En materia de salud laboral, quisiera destacar tres puntos —y ya estoy acabando—. Debemos ir hacia centros de trabajo más sostenibles y aplicar planes de movilidad en la mayor empresa de Andalucía, donde solo un centro tiene un plan de movilidad. Existe un problema con la infradeclaración de las enfermedades profesionales. Y hay que ir hacia la eliminación del amianto. Tenemos el 60 o el 70% de nuestros edificios tienen más 40 años, y existe amianto. Y no se está haciendo lo que la Unión Europea, en una directiva, nos obliga.

Y quiero añadir otra, ya lo hemos hecho formalmente en el Servicio Andaluz de Salud, pero debemos ya estar poniendo la tercera dosis de la vacuna de la COVID a los profesionales sanitarios.

Ya, para finalizar, resumo nuestras propuestas, que ya hemos ido desglosando a lo largo de nuestra intervención. Lo primero y fundamental es dotar a la sanidad pública de los medios económicos y humanos necesarios. Sobre esto hay ríos de tinta derramados por páginas y páginas, pero sin entrar en polémica, a Comisiones Obreras le gusta hablar siempre de presupuestos sobre el PIB, y lo sitúa, para sanidad, en 7,2 puntos, teniendo que dedicar a la atención primaria el 25% del presupuesto sanitario.

Sobre la atención primaria y las relaciones internas les remitimos nuestros documentos entregados a los diferentes grupos parlamentarios.

Creemos que es fundamental proponer un pacto de Andalucía por la sanidad pública, que consiga un blindaje ante la posibilidad de nuevos intentos de descapitalizarla y evitar la dependencia de la industria farmacéutica y de los *lobbies* de la sanidad privada, a la hora de establecer las políticas públicas en materia de sanidad.

Otra utilidad del pacto de sanidad pública sería evitar el discurso de la sanidad de modo electoralista, de manera que se establecieran políticas motivadas por las necesidades reales de salud y no por intereses electoralistas. Así entendemos el origen de este grupo de trabajo, y así hemos accedido a colaborar.

Cuarto sería apostar por una sanidad cien por cien pública, revirtiendo todos los conciertos con la sanidad privada, así como acometer la integración de FAISEM y del Consorcio público del Aljarafe en el Servicio Andaluz de Salud.

Quinto, ampliar y mejorar la cartera de servicios de la sanidad pública. Me estoy refiriendo a salud bucodental, a fisioterapia, etcétera.

Sexto, plantear un plan de recursos humanos serio, factible y consensuado.

Y séptimo, establecer una verdadera negociación colectiva en el seno de la Mesa Sectorial donde se alcancen grandes acuerdos y pactos que beneficien a la ciudadanía y a los trabajadores y las trabajadoras del Servicio Andaluz desalad. De esta forma, se podrían solucionar aquellos problemas que preocupan a la Administración y a sus trabajadores y trabajadoras.

Muchas gracias por atenderme y estoy a disposición de cualquier duda.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, señor Galindo.

¿Si hay algún grupo que quiera hacer algún comentario? Tiene la palabra por tiempo de dos minutos, señor...

El señor GALINDO PELAYO, SECRETARIO GENERAL DE LA FEDERACIÓN DE SANIDAD DE CC.OO.-ANDALUCÍA

—¿Grupo?

El señor SÁNCHEZ CASTILLO

—Unidas Podemos.

Muchas gracias, señor Pelayo, por su intervención y por comparecer hoy aquí, en este grupo de trabajo. Hablaba usted de la preocupación para su sindicato en materia de salud mental, y mencionaba la situación de FAISEM, una fundación pública que ha sido sometida, que ha sufrido una de estas famosas auditorías externas y que, sin embargo, lejos —entiendo— de lo que perseguía el Gobierno, los resultados de esta auditoría, han sido demoledores: sitúa a esta fundación quizás en el top ten de la eficiencia en materia de gestión.

Y queríamos saber, desde mi grupo parlamentario, la valoración de su sindicato por la condición, las condiciones, de los trabajadores y trabajadoras de esta fundación.

Muchas gracias.

El señor GALINDO PELAYO, SECRETARIO GENERAL DE LA FEDERACIÓN DE SANIDAD DE CC.OO.-ANDALUCÍA

—Gracias.

Bueno, sí es verdad que en la auditoría sale como eso de los más..., que es de las fundaciones más eficientes que hay, pero claro, hay que seguir leyendo la letra pequeña, y es por lo mal retribuido que están los trabajadores y por el gran trabajo que se está haciendo. Y esto siempre comparándolo..., los costes son un 20% —creo recordar— que era menor que las dos que nos preceden como con menos costes.

La situación..., —ya lo he dicho—, la situación de FAISEM, de los trabajadores, es dantesca, con una temporalidad que puede estar alrededor del treinta y tantos por ciento, con OPE que han salido publicadas y que no se han ejecutado, y una segunda OPE ridícula, donde salen 30 plazas, cuando no soluciona nada.

Y, bueno, la situación, entre la sobrecarga de trabajo que tienen en los hogares que atienden es grande. Y se dan situaciones que es penoso hablar de lo público así, pero situaciones de contrataciones en fraude de ley, que se están llevando a los juzgados y se están ganando, lo que pasa es que los trabajadores tienen sus reparos en eso. Y con un convenio colectivo que se ha puesto ahora para... , vamos, que se ha empezado a negociar y ha sido..., lo único que le preocupa a la empresa es sacar cargos intermedios y ponerlos como cargos directivos; sacarlos fuera del convenio y decidir a dedo quién debe de ocupar esos puestos. Nada de mejoras laborales; al revés, empeoran las condiciones laborales. Y retributivas, no hemos entrado a negociar, porque ha habido unanimidad sindical de levantarse de la mesa de negociación, porque era indignante la propuesta.

Entonces, la situación dantesca, de..., en una materia tan sensible como es la rehabilitación social y laboral de los enfermos en salud mental. Y, bueno, para nosotros es un problema serio.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Gracias.

¿Algún otro grupo que quisiera hacerle algún comentario? Vale.

Pues, muchísimas gracias por su presencia aquí. Me consta que ya ha mandado a esta presidencia la documentación. Si no lo tienen los grupos, porque no le ha llegado a ellos, se lo pasaré al señor letrado para que lo haga llegar a los grupos.

Muchísimas gracias.

El señor GALINDO PELAYO, SECRETARIO GENERAL DE LA FEDERACIÓN DE SANIDAD DE CC.OO.-ANDALUCÍA

—Muchas gracias a ustedes por atendernos. Gracias.

[Receso.]

Federación de Servicios Públicos UGT Andalucía.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenas tardes.

Bienvenida a la Federación de Servicios Públicos UGT Andalucía. Comparece don Antonio Macías Borrego, del sector salud, servicios sociosanitarios y dependencia.

Tiene usted la palabra durante, entre 15 y veinte minutos, para exponernos las aportaciones. Se puede quitar usted la mascarilla. Y si quiere dejar documentación por escrito, la puede dejar o a los grupos o al letrado.

[Intervención no registrada.]

Al correo desde el que le han convocado, lo puede enviar y ese correo reparte a los grupos.

Cuando usted quiera.

El señor MACÍAS BORREGO, SECRETARIO DE SALUD, SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS Y DEPENDENCIA DE UGT-ANDALUCÍA

—Gracias, señora presidenta.

Señoras y señores parlamentarios, en primer lugar, en nombre de los servicios públicos de UGT Andalucía, quiero agradecer la oportunidad que nos dan de comparecer ante esta institución y en esta comisión para poder dar nuestra visión de cómo mejorar nuestro sistema sanitario público y qué cuestiones son las que entendemos que deben de cambiarse, si así lo entienden oportuno quienes son los encargados de dirigir la política sanitaria. O los próximos que vengan.

Desde UGT hemos analizado la ocasión que se nos presta y entendemos que, al igual que todos y todas las presentes, nuestro deseo es el de potenciar el sistema sanitario público de Andalucía para con ello intentar mejorar la asistencia sanitaria que prestamos. Además, en unos momentos tan delicados como estos y en otros que en el futuro, evidentemente, pueden o desgraciadamente puedan venir.

Si algo hemos aprendido —por lo menos el personal que trabajamos en las instituciones sanitarias— de esta pandemia, es la necesidad de contar con un sistema cohesionado y fuerte que plante cara a cualquier adversidad. En unos primeros momentos hemos visto cómo, con sus claros y oscuros, ante circunstancias nunca antes vividas, ese sistema ha respondido perfectamente o casi perfectamente. Pero ahora nos encontramos en una fase de, llamémosla desaceleración asistencial, en la que parece que todo vale, y entendemos que se están cometiendo errores muy graves que pueden debilitar aquello que nos ha hecho resistir los envites del destino.

Hemos entendido que nuestra misión o pequeña aportación a esta comisión debe ser la de dar una visión de esas mejoras desde el punto de vista laboral, que es lo que nosotros, como servicios públicos o como representantes de los trabajadores de los servicios públicos, entendemos que, ese punto de vista laboral es el que debemos aportar en esta comisión. Y para ello creemos más que necesario dar un repaso de la gestión que se está haciendo y otras cuestiones que devienen de políticas anteriores, y que afectan o han afectado directamente al personal que compone nuestro sistema sanitario público en Andalucía. Porque, además, entendemos que ese el deber o nuestro principal y porque además tenemos el convencimiento de que unos profesionales contentos y satisfechos son el primer eslabón para proporcionar la mejor asistencia sanitaria posible.

La primera reflexión que nos gustaría hacer puede ser sobre la famosa frase que, desde hace mucho tiempo, menciona cualquier compañero o compañera y es la de que estamos muy quemados —esa frase la mencionamos todos, de cualquier categoría—, es que estamos muy quemados. Y es verdad que por motivos más que evidentes, se ha intensificado esa quemazón, entre comillas, en estos dos últimos años. Porque creemos que esa frase resume perfectamente la sensación de maltrato que tenemos el personal de las instituciones sanitarias, de todas las categorías sin excepción. Y es que no queremos que esos aplausos sinceros y siempre muy bien bienvenidos durante la pandemia sean, ni mucho menos, una constante, no los necesitamos; nos basta con una sonrisa, una palmada, un asentimiento para sentirnos apreciados por quienes cuidamos. Pero sí que necesitamos vernos recompensados, o al menos reconocidos, por nuestra Administración sanitaria, y no percibir que nuestra masa salarial o el número de personal de las instituciones sanitarias son un saco del que sacar dinero en forma de reducción de contratos o tergiversación de complementos, por poner dos ejemplos recientes y de actualidad. Pensamos que ese no es el camino, y así lo reclamamos aquí, en la más alta institución de nuestra comunidad.

La verdad es que no veníamos de una época muy fructífera para nosotros, con el paso de una crisis tremenda que hizo mella en el sistema de una forma muy contundente y cuyos efectos hoy todavía son patentes. Pero con el cambio político habido en nuestra comunidad parecía que podía haber un cambio de tendencia, tras un comienzo de legislatura en el que se lanzaban mensajes contundentes sobre acuerdos laborales, sobre integraciones de las agencias públicas empresariales sanitarias en el SAS, cuestión que nuestra organización ha demandado desde la creación de la primera de ellas, que fue el hospital Costa del Sol, ya que siempre hemos en la necesidad de que todos los trabajadores del sistema sanitario público de Andalucía deben de estar bajo un mismo paraguas, y ese paraguas se llama Servicio Andaluz Salud y personal estatutario. Fue una cuestión muy bien acogida por nuestro sindicato, si bien, la verdad es que ahora mismo están en una reunión en la Consejería de Salud —ha habido bastantes reuniones—, esa integración se está convirtiendo en un galimatías que está generando conflictos e incluso ansiedad en los trabajadores, con multitud de dudas legales que no se resuelven o que no llegan a resolverse.

También, en el lado positivo, ponemos al comienzo de esta legislatura que incluso ha habido la apertura de centros sanitarios que estaban antiguos y que estaban abandonados —no prácticamente abandonados sino abandonados y casi cayéndose—, como el Hospital Militar de Sevilla u otros de nuevo cuño, que parecía dar a entender una apuesta clara y decidida por mejorar el sistema, o así lo entendimos. Incluso a ello se le unía el afán desde el Servicio Andaluz de Salud, desde la consejería, por continuar con la política de consolidación de empleo mediante la finalización..., que de hecho se hizo, la oferta pública de 2013-2015, que ya se resolvió; la realización de los exámenes de los que estaban convocados, de la de 2016-2017, y estabilización, que se examinaron y han tomado posesión, y recientemente la de 2018-2021, que ya han comenzado a examinarse en este 2021 y seguirán hasta otoño de 2022. Un total de unas 40.000 plazas, de las que ya a algunas son fijas, ya han tomado posesión, y otras lo tomarán en los próximos años. Además de una forma, creemos, que bastante..., no todo lo ágil que debería ser, pero, bueno, siempre tendremos que tener algún pero. Pero que no puede ocultar tampoco la realidad de un sistema con una temporalidad absolutamente desbordada, que es una forma más, entendemos nosotros, de maltrato a nuestros profesionales. A ello hay que añadirle la tensión añadida de jugarle una plaza con una edad más que madura en muchos casos, ¿no?, la dualidad de interinos con más de 20 años, 15 o 20 años de servicios prestados de antigüedad en la plaza y con más de 50 años de edad, ha sido una norma en la casa durante muchísimo tiempo. Y ahora, si le añadimos la pandemia de por medio, pues la verdad es que dedicar horas de estudio con una familia, en un lugar alejado de tu residencia en muchas ocasiones, con un trabajo inestable por el tipo de contrato —hemos tenido contratos de días, de semanas, de meses—, o estresante, como es ahora últimamente, no es la mejor manera de jugarse una plaza en un proceso de consolidación.

A ello, queremos añadir las últimas noticias muy confusas del Gobierno central, en el que anuncia a bombo y platillo que se va a obtener una plaza tan solo con los servicios prestados, si lleva más desde dos mil no sé cuánto o un total de equis años interinos, en fin. Entendemos que un caos que a los profesionales que se encuentran estudiando para unas oposiciones y recibiendo estos mensajes confusos, tampoco pensamos que sea la mejor manera de tratarlos.

Simplemente un dato. El 28 de noviembre se examinan en toda Andalucía 30.000 enfermeros. Son los que se han inscrito para el examen de enfermería, la categoría mayoritaria del Servicio Andaluz de Salud. Y muchos de ellos, andaluces que están fuera de nuestra tierra y en sus lugares de trabajo, lejos de su casa. Incluso, las direcciones de los centros en los que están trabajando esos opositores, que se van a presentar en Cataluña, en el País Vasco, en Madrid, pues, desde las direcciones de los centros nos está llegando que se reúnen con ellos para tranquilizarlos y decirles que: oye, que si no aprueban las oposiciones de Andalucía, de su tierra, que no se preocupen que el trabajo allí no les va a faltar.

La verdad, a nosotros eso nos produce bastante pena. A nosotros eso nos da mucho que pensar porque los tienen que tranquilizar gestores de otras comunidades, mientras que aquí los estamos despidiendo, ¿no?

En contraposición a esas cuestiones —mayormente positivas— con sus peros, con sus matices, tenemos una trayectoria más que lamentable de la Mesa Sectorial del Servicio Andaluz de Salud, que es donde trabaja el 95% del personal de nuestro sistema sanitario. De los 120.000 trabajadores que estamos en el sistema sanitario público andaluz, unos 112.000 ahora —antes eran 120.000—, unos 112.000 trabajan en el SAS, y unos 8.000 trabajan en las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias. Y es en esa Mesa Sectorial —la que decimos que es un auténtico caos— es donde se negocian las condiciones de ese personal.

Le dijimos al consejero de Salud, hace unas cuantas semanas, cuando nos hablaba de los despidos y demás, le dijimos que la Mesa Sectorial era un auténtico caos, y que eso se reflejaba, sí o sí, en el personal, en los trabajadores, de forma indudable. La respuesta del consejero han sido los hechos, y los hechos son el intercambio de cromos —con perdón— entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud. Yo te doy el director general de Consumo, y tú me das la directora general de Personal.

No creemos, desde nuestro punto de vista, no creemos, que esto sea lo que hoy necesite ni la Consejería ni el Servicio Andaluz de Salud. Esperemos estar confundido o demasiados recelosos, y que no sea así, pero es en esa Mesa Sectorial donde seguimos esperando que se desarrolle la carrera profesional del personal sanitario del cuerpo A4, del C1 y C2 sanitario, del resto de personal de gestión y servicios que quedan por desarrollarse, y que son tan solo, entrecomillados, también unos 60.000.

Como ejemplo reciente de ese caos que denunciábamos en la Mesa Sectorial es que este verano consensuamos un acuerdo para desarrollar esa carrera profesional que debía publicarse en *BOJA* y pasar por Consejo de Gobierno antes, y la Dirección General de Personal, ante nuestras preguntas, por qué el retraso de esa publicación, de ese tratamiento en el Consejo de Gobierno y demás, nos dijo que se pondría en marcha si los presupuestos daban para ello. Y ahora, el mensaje siguiente que nos están mandando es que si no se aprueban los presupuestos, pues, no habrá carrera profesional. Y repito, son tan solo unos 60.000 los profesionales que están esperando.

En otro orden de cosas, en esa misma Mesa, no se llega a concretar el desarrollo profesional de los auxiliares administrativos que llevan 16 años esperando y que están haciendo funciones de superior categoría, mientras que se les paga de categoría inferior, simple y llanamente se contratan más auxiliares administrativos que administrativos, pues porque son más baratos. Entendemos una forma más de maltrato.

Recientemente en la mesa sectorial es donde deben informarnos sobre el complemento de rendimiento profesional, el CRP, y en el que no hemos recibido ningún tipo de información, salvo que tenemos un premio también entrecomillado en forma de quitarnos hasta el 40% del total del CRP de 2020, un complemento que retribuye la implicación de nuestro trabajo.

Y que esto no se queda aquí, porque de 2019 queda el 14% aproximadamente de ese complemento, que tampoco nos lo pagaron, cuando incluso se comprometió el gerente dando su palabra de que lo iban a apagar. Este concepto —repito— retribuye la implicación, la consecución de objetivos, el trato al paciente, la responsabilidad corporativa, el ahorro, la eficacia, etcétera.

¿De verdad alguien puede pensar que el personal que ha estado al frente de la asistencia durante la pandemia, 2019-2020, no ha conseguido llegar al cien por cien de sus objetivos? Nosotros ESO nos lo preguntamos.

Y tenemos un dato, además, abundando un poco, que en 2020 nos dieron una paga, una paga COVID, que se llamó paga COVID, en reconocimiento al esfuerzo realizado. Esa paga consistía en el 15% del sueldo durante tres meses, más la parte proporcional de paga extra, y eran desde el grupo más bajo, el grupo E, de 400 euros, al grupo superior, el A1, 800 euros. De 400 a 800 euros. Pues bien, entre los dos recortes del CRP que nos han metido, del 2019 y el 2020, se han podido ir hasta cuatro veces más de lo cobrado por cada paga COVID, dependiendo del grupo profesional, por poner un ejemplo, los médicos han podido perder unos 3.000 euros, y el personal de enfermería, hasta 1.800. Si comparamos con la paga COVID, es evidente que con este recorte se han tenido para las pagas regaladas —entre comillas—, incluso para una que otra estatua que se ha inaugurado por ahí.

No podemos, entendemos, desde nuestro punto de vista, ir presumiendo de dar pagas, por un lado, y quitar por el otro. Se llama «yo te invito, pero pagas tú». Esta es una de las cuestiones por las que al principio decía que nos sentimos como una caja de la que se sacan recursos humanos, materiales y monetarios. El personal de las instituciones sanitarias se ha convertido en esa caja de la que sacar dinero para otras cuestiones.

Esto, además, este dispendio o este quitar dinero, no sé cómo decirlo, del CRP contrasta con una de las primeras medidas de esta consejería, que fue pagar el complemento de exclusividad a los profesionales médicos que trabajaban también o que trabajan en la privada. Eso, hasta ahora, no lo cobraban y han pasado a cobrarlo desde principio de legislatura, prácticamente. Y supuestamente nos decían ellos, el gerente, el consejero, que era porque aumentarían los que se dedicarían más al SAS, cosa que no ha ocurrido y que esa dispensa cuesta tan solo unos 30 millones de euros al año, cantidad casualmente que es la que se ha detraído del CRP. Creemos que es otra *convidá* que pagan unos cuantos o que pagan todos para unos cuantos.

El maltrato al que hacemos alusión, hemos hecho alusión varias veces ya en esta comparecencia, se ceba además con los profesionales temporales, interinos y eventuales, que ven en el peor de los casos cómo son despedidos 8.000 de una atacada, se ralentizan los procedimientos de consolidación de empleo o se les cambian incluso las condiciones de baremación en esa fase de concurso de la OPE, se les cambia sin tiempo para adaptar su currículum. La gente lleva preparándose mucho tiempo y dinero, invirtiendo dinero en preparar un currículum, y en mitad de una convocatoria a otra se cambian esas condiciones y pierden dinero y pierden tiempo. Además de que los tribunales tienen criterios dispares de unos a otros.

Fijaros en el disparate de consolidación de auxiliares administrativos, de unas 1.700 plazas que habían convocadas, consolidación, se quedaron 400 plazas sin cubrir, porque no aprobó más allá de mil trescientas y pico personas, o sea, no aprobaron. El examen fue realmente esperpéntico, y la gente

lloraba y decía: «Pero cómo pueden poner un examen de esta dificultad en un proceso de consolidación de empleo, que lleva a 400 plazas quedarse desiertas, porque no hubo ni los 1.700 aprobados». Normalmente aprueba muchísima más gente de las plazas convocadas. Bueno, pues en este de auxiliar administrativo, ni eso siquiera. En un procedimiento de consolidación, todo lo contrario.

Otra cuestión que afecta también a estos temporales es que se utilizan listados de bolsas totalmente atrasados y que provocan graves perjuicios, sobre todo, para los que más se han implicado durante la pandemia, porque se les baremaba..., a los que estuvieron implicados durante la pandemia y no rechazaron contratos, esos contratos se les ha baremado el doble. Claro, ven que ese tiempo no está regulado en los listados de bolsas, ya que, en el mejor de los casos, la baremación es a 2020, y estamos ya a finales de 2021. Y son 32 categorías las que están baremadas a 2019, y de las 44 especialidades de facultativos especialistas de área —los especialistas, los médicos especialistas— solo 18 están baremadas a 2020. Luego, nuestro consejero se queja amargamente de que nuestros mejores especialistas se van a otras comunidades o países, cuando ni siquiera tienen baremados sus servicios prestados aquí, en Andalucía.

La atención primaria, ¿qué decir de ella que no hayamos dicho o escuchado ya? Tan solo hay que pedir cita para comprobar su estado. Es penoso que, en estos momentos, la percepción de la ciudadanía sea la peor de toda la historia de la atención primaria, ya que suspenden claramente y de forma contundente la atención que reciben, mientras que los profesionales realmente no saben cómo actuar. Desde el personal de gestión y servicio, que tiene que hacer milagros para atender los teléfonos y pacientes, incluso haciendo hasta triajes, los enfermeros y enfermeras desbordados y, además, teniendo que hacer medicina *low cost* en las consultas de acogida, consultas de acogida que han sido impuestas sin ningún tipo de negociación ni adecuación legal.

Y, por último, los facultativos, con sesenta o setenta pacientes al día, con multitud de llamadas telefónicas, que no saben y se preguntan todavía dónde están los diez minutos por consulta ¿no?

Si a todo este galimatías le añadimos lo anteriormente mencionado, los ocho mil despidos solo y exclusivamente de nuestros hospitales —les recuerdo que los ocho mil profesionales que fueron despedidos lo fueron solamente de atención hospitalaria; en atención primaria dejaron, incluso aumentaron algunos en médicos y en enfermería—. El decir que son contratados COVID no es cierto; o sea, no es verdad que sean ocho mil personas que hayan sido contratadas para el tema COVID; si no, ¿quién nos dice que tres mil doscientas enfermeras sobran de un día para otro? ¿O que se despidiera al 65% del personal de gestión y servicios, a los técnicos especialistas, a TCAE, todos ellos contratados? O la gestión ha sido nefasta, absolutamente nefasta, y hemos tenido gente de sobra..., porque de un día para otro, decir que sobran ocho mil, es que hemos tenido gente de sobra. La pandemia va disminuyendo o aumentando o ha ido..., tiene sus vaivenes en los centros sanitarios dependiendo de determinadas zonas, de determinados centros y demás. No nos pueden decir que de un día para otro sobran ocho mil. La realidad —entendemos nosotros— es que hay que recortar presupuesto de algún sitio, y evidentemente, ¿de cual más fácil y más directo que quitando personal?

Yo, por no aburrirlos más, porque supongo que habrán venido otros compañeros y compañeras relatando las mismas penosidades, deciros que simplemente, estas cuestiones son las cuestiones que hemos considerado como más importantes. Pero la equiparación del complemento específico dependiendo del grupo al que pertenezcas, la nueva regulación del CRP, esas cuestiones están pendientes; potenciar el cubrir los puestos de difícil cobertura; la continuidad asistencial en atención primaria; la tan cacareada homogeneización con el resto del Estado de los conceptos de noche, festivos, turnicidad, que se ha quedado en nada; la exención de las noches para mayores de 55 años; la reordenación de las urgencias; las especialidades de enfermería, la reordenación de los servicios de mantenimiento, la profesionalización de la función administrativa, el decreto de plantilla, el concurso de traslado abierto y permanente, la regulación de las comisiones de servicio, el redimensionamiento de las plantillas y su adecuación, supuesta adecuación a la media nacional; las órdenes, multitud de órdenes, varias órdenes que..., no multitud, varias órdenes pendientes para unas cuantas categorías, que son aprobadas en Mesa sectorial y que nunca llegan a publicarse en *BOJA* —se negocian, se consensuan y luego se dejan olvidadas en cajones—. Entendemos que todas estas cuestiones son otras formas de no tratar bien a nuestro personal.

En definitiva, la bonanza que hablábamos de un sistema sanitario debe medirse, entre otras cosas, en la satisfacción de sus profesionales. Y con este panorama, entendemos —desde nuestra modesta opinión— que esa bonanza no está en índices reales. Afortunadamente, la vocación ha hecho..., y la profesionalidad ha hecho solventar esta pandemia de una manera excepcional, por los miles y las miles de profesionales que conforman nuestro sistema. Pero, hombre, abusar de esa vocación no creo que deberíamos, porque llegará el momento en que o nos cansemos o simplemente, como, entre comillas, petemos, ¿no? Ya hay incluso un estudio en marcha —creemos que va tarde también— sobre los problemas psicológicos que ha acarreado la pandemia. Y los datos, ya adelantamos que no van a ser muy halagüeños, ¿no?

Esto no debe pasar, y por ello pido aquí una verdadera implicación de todos los grupos políticos, para que la sanidad pública sea protegida por un pacto que la aisle de políticas cambiantes y que podamos presumir realmente de unos profesionales bien tratados y unos ciudadanos protegidos por un sistema público fuerte.

En fin, por último, expresar el agradecimiento de la Unión General de Trabajadores. Esperamos que estas consideraciones puedan servir de reflexión. Y quedo a vuestra entera disposición para cualquier intervención.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, señor Macías.

No sé si algún grupo quisiera hacer un comentario. Pues, sí, sí, desde todos los grupos, es común el agradecimiento por sus aportaciones, que seguro serán tenidas en cuenta por este grupo y...

El señor MACÍAS BORREGO, SECRETARIO DE SALUD, SERVICIOS SOCIOSANITARIOS Y DEPENDENCIA DE UGT-ANDALUCÍA

—Gracias a vosotros; entiendo que es una tortura china estar escuchando constantemente quejas.

[Risas.]

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Para eso estamos aquí.

El señor MACÍAS BORREGO, SECRETARIO DE SALUD, SERVICIOS SOCIOSANITARIOS Y DEPENDENCIA DE UGT-ANDALUCÍA

—Pero bueno, muy bien. Muchas gracias, muy amable.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—A usted.

[Receso.]

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenas tardes.

Damos la bienvenida a la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Tenemos aquí a su representante, doña Pilar Terceño Raposo, presidenta. Aquí estamos los grupos para escuchar todas las aportaciones que quiera hacer a este grupo de trabajo.

Cuando quiera, sabe que tiene entre quince y veinte minutos para intervenir, que se puede quitar la mascarilla y que le tiene que dar al botón de hablar.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Vale. Estupendo.

¿Podría apoyarme con una presentación?

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Habría que buscar...

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—No me es imprescindible, pero creo que les resultaría más agradable.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Si quiere usted, para no retrasar, puede usted esa presentación, si lo considera, pasarla a los grupos.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—¿Dejarla? Perfectamente. Perfectamente.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—¿Sí? Y así lo tenemos.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Y los documentos que quedan aquí se les pueden..., los traigo preparados para dejárselos.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Vale. ¿A los portavoces les parece bien esa opción?

Estupendo.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Perfecto. Está aquí para después transmitírsela, ¿vale?

Lo que queríamos nosotros transmitirles es que la situación actual de la atención primaria de salud ofrece una falta crónica de recursos humanos y materiales para dar respuesta a todos los problemas que la población andaluza presenta y consulta en este nivel de la atención sanitaria, porque ha tenido una dotación presupuestaria insuficiente desde hace más de una década.

Un estudio reciente de SAMFyC muestra que hay una media diaria de 60 citas por cada médico de familia. Más del 80% de ellas por problemas de salud. Y una de cada cinco son valorados sin cita previa. Esas cifras son el doble de las que se señalaron en 2019 por el Servicio Andaluz de Salud como un indicador de calidad de la atención, y generan un desgaste físico y un desgaste emocional muy importante en el médico de familia.

A pesar de ese esfuerzo, ya habitual, el Plan de Accesibilidad, que se contempló recientemente en la segunda oleada de pandemia, contempla una demora máxima de 72 horas para la atención al paciente, pero no aporta medios para que podamos llevar esto a cabo. No aporta soluciones a la demora.

Estos problemas se van sumando a la crisis que ya la atención primaria padecía antes del inicio de la pandemia, debido a la escasa asignación presupuestaria, al incremento indiscriminado de la demanda por parte de los pacientes, a la medicalización de los problemas sociales, a la escasez de recursos estructurales, al incremento continuado de la cartera de servicios y a la ausencia de un reconocimiento del principal capital del sistema sanitario, que son sus profesionales.

La población ha tenido grandes dificultades para obtener una cita por la falta de respuesta de Salud Responde en los diferentes periodos de toda la pandemia. La queja de la población se resume en «no

me cogen el teléfono». Ha generado una opinión social en muchas ocasiones negativa sobre el trabajo desarrollado desde la atención primaria, que en los momentos más tensos del estado de alarma además ha dado lugar a que ocurrieran agresiones verbales y físicas. Tampoco se ha ofertado un triaje adecuado a los pacientes que pedían cita por teléfono o por la aplicación de Salud Responde, con un sistema de citación que se basaba más en la rapidez de la respuesta para dar la cita solicitada, que no a la orientación sobre la necesidad, tipo o urgencia de la cita médica.

Además, la población ha demostrado desconocer los números de teléfono para la atención COVID o ha señalado con insistencia que las líneas de teléfono estaban saturadas cuando han hecho uso de las mismas.

La población sanitaria tiene una de las peores ratio de profesionales sanitarios por cada 100.000 habitantes de España, con una media de 2,8, frente a la media española de 3,4. Eso supone un 23% por debajo de la media nacional. Esto limita mucho la accesibilidad de la población a su médico de familia y, además, va a peor, por la previsión de que un 47% de los profesionales sanitarios se jubilen a lo largo de la próxima década.

En esta situación, y ante este escenario, planteamos unos puntos clave de mejora de la atención primaria de salud, que creo que podrían ayudar, dando la importancia fundamental al primero, puesto que además es llave para que los otros, que después desgranaré, puedan realizarse.

El primero, de presupuesto y recursos humanos. El presupuesto destinado a la atención primaria de salud debería suponer, al menos, el 25% del total destinado al sistema sanitario público de Andalucía, que ahora mismo ni se le acerca. Es preciso también que ese presupuesto destinado a sanidad se incremente en función de las nuevas demandas de la sociedad y de la necesaria contratación de personal y renovación de tecnología y de infraestructuras, y es urgente y vital incrementar el número de médicos de familia. Para ello, tenemos varias propuestas. Una de ellas, incrementar el número de plazas MIR de medicina familiar y comunitaria que se ofrecen, llegando al máximo permitido.

Esta medida debe ir acompañada de un reconocimiento especial para los médicos tutores, pues de nada sirve incrementar el número de plazas MIR si no hay profesionales que lo formen. Los médicos tutores podrían obtener una puntuación extra para bolsas de trabajo, para acoplamiento, para traslados, que los diferencie y que dignifique su labor docente, y debería incluso plantearse una remuneración económica de la misma. En los centros de salud docentes se podrían crear perfiles específicos para médicos que fueran tutores cuando se ofrezcan vacantes en las ofertas de empleo, de forma que no se perdieran los centros docentes. De nada nos vale ofertar plazas de médicos si no tenemos dónde formarlos.

Otra medida que sugerimos, para incrementar el número de médicos de familia, es establecer unas condiciones económicas similares a las del resto de las comunidades autónomas. Urge la equiparación salarial si se pretende que los médicos no se vayan fuera de Andalucía.

Aparte, el plan de accesibilidad del SAS diseñado durante la segunda ola de la pandemia exigió un esfuerzo extra a los médicos de familia, puesto que no se aportaban más recursos humanos. Y

la compensación económica a aquellos profesionales que realizamos horas extraordinarias ha sido inferior a la de los médicos del hospital que también han realizado jornadas complementarias. Esa diferencia económica debería suprimirse, y que se percibieran los mismos emolumentos por las mismas horas de trabajo.

La mejora de las condiciones laborales con contratos de larga duración, ofertas de empleo y concursos de traslado más frecuentes y ágiles en su resolución también ayudaría.

Los médicos de familia en dispositivos de apoyo deberían pasar a formar parte de un equipo básico de atención primaria, no ser considerado un médico aparte fuera del equipo que está para hacer las guardias que los demás no quieren. Eso nunca va a ser satisfactorio y gratificante, y ese profesional va a buscar un sitio donde sienta su trabajo más reconocido.

Igualmente, incentivar los trabajos en zonas de difícil cobertura y favorecer el retorno de los médicos especializados que han comenzado su desarrollo en otras zonas o en otras especialidades.

Ayudaría también favorecer el relevo generacional mediante fórmulas flexibles de trabajo en los últimos años antes de la jubilación, evitando así que el personal se jubilara precozmente, con reducciones de horarios o potenciando actividades formativas de tutorización o de investigación, no solo actividades asistenciales.

Los médicos que trabajan en atención primaria de salud deben tener obligatoriamente la especialidad de medicina familiar y comunitaria, vía MIR o su equivalente, esa es una exigencia de legislación española y europea. A lo largo de la pandemia, de forma provisional y por necesidad se han contratado médicos recién licenciados sin formación especializada vía MIR, que, pese a su esfuerzo y a su motivación, no han podido aportar el plus de calidad que aportan las competencias que se adquieren durante la formación del médico de familia.

Igualmente, no se debe fragmentar más la atención primaria. Los centros de salud necesitan médicos y enfermeras que tengan habilidades polivalentes, que puedan realizar múltiples tareas en diferentes ubicaciones. Es importante apostar por las competencias transversales de todos los profesionales, evitando la especialización y la dispensarización de la atención. Es decir, que para diferentes problemas, en vez de tener un mismo profesional que te atiende, cada vez te atiende un profesional distinto. De esa forma, es preciso apostar por la creación de áreas de capacidades específicas, como el caso de las urgencias o los cuidados paliativos, que son competencias propias de la medicina familiar y comunitaria.

No es precisa la creación de nuevas especialidades, que no aportarán mejores cuidados a la población y que parcelan la atención, impidiendo desarrollar una atención integral a la población y, además, limitando las opciones laborales de los médicos de familia.

Para disponer de tiempo de calidad para la persona que consulta y evitar las demoras en la atención deben adecuarse los tamaños de los cupos en atención primaria. La cantidad de personas que debe atender un mismo médico —que es lo que es un cupo— no puede valorarse solo por el número de pa-

cientes, puesto que no todas las zonas de salud son iguales, por lo que es difícil aplicar de forma homogénea las medidas cuando el único criterio es que los cupos no sobrepasen las 1.500 personas. Cosa que, además, por desgracia, en demasiadas pocas ocasiones se cumple. Es necesario redimensionar el número de pacientes que pueden ser atendidos por un médico de familia en cada lugar en función de las características de morbilidad o carga de enfermedad, el riesgo social o la ruralidad de la población atendida. El número de tarjetas o el número de tarjetas ajustado por edad son elementos obsoletos que no dan respuesta a la complejidad que tiene un cupo, por ejemplo, que incluya la atención a un centro sociosanitario con pacientes discapacitados o a una residencia con ancianos institucionalizados.

Sobre los acuerdos de gestión clínica, se debe evitar la uniformidad en los contratos de gestión clínica, deberían ser individualizados y personalizados para cada unidad o centro, entendiendo la diversidad y las diferentes necesidades de salud de las comunidades. Han de adaptarse las características comunitarias, demográficas, epidemiológicas, de morbilidad, si es un lugar urbano o rural, nivel socioeconómico, disponibilidad de recursos, etcétera, así como el tipo de profesionales del equipo: si hacen labor docente, si hacen labor de investigación, competencias y cargas de trabajo.

Por lo tanto, creemos que los objetivos deben ser negociados entre la gerencia del distrito y las direcciones de los centros, si es posible, de forma consensuada con el equipo y con anterioridad al inicio del periodo que se va a evaluar. Deben incluir objetivos lógicos, con indicadores medibles y conocidos. Y la retribución económica asociada al cumplimiento de los objetivos debe realizarse en los meses posteriores al cierre del mismo y no prorrogarse, como está ocurriendo actualmente.

En cuanto a la gestión diaria del trabajo en los centros de salud, proponemos que no exista un objetivo que fije un tiempo concreto para la demora en la atención del centro de salud sin que se tengan en cuenta variables como la demanda de cada zona o el porcentaje de profesionales que faltan en cada momento, porque estén salientes de guardia, por bajas que no se cubran, por días libres, vacaciones concedidas, jubilaciones que no hayan sido sustituidas.

Habría que considerar, dada la experiencia acumulada en estos dos últimos años, la descentralización de la gestión de las citas para atención primaria, retornando a las unidades administrativas de los centros de salud, que es algo esencial si se pretende diferenciar los diferentes tipos de demanda y la priorización en la atención en el tiempo. Por ello, estamos a favor de que se incorporaran administrativos especializados en sanidad, que sean capaces de dar respuesta con una agenda propia a las necesidades administrativas de los usuarios sin que tengan que recurrir al personal sanitario en muchas ocasiones.

La digitalización y el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación son una oportunidad de transformación digital de la atención primaria, pero es importante tener en cuenta las necesidades y expectativas tanto de profesionales como de usuarios, pero también las dificultades de todos ellos a la hora de utilizar estas nuevas tecnologías. En los centros de salud, es necesario que haya medios para poder ejercer la telemedicina y la videollamada, como auriculares, *webcam*, etcétera. Pero

también es necesario que tuviéramos una formación para la atención telefónica, puesto que así evitaríamos errores que puede producirse al analizar este tipo de atención telefónica, y a suplir la falta de información que tenemos, porque no podemos utilizar la comunicación no verbal con el paciente, que disfrutamos en la atención presencial.

El uso de cuestionarios iniciales, a modo de plantilla, sería una ayuda para iniciar con una atención telefónica más segura.

Es preciso desarrollar, además, todas las competencias de los profesionales de la enfermería de familia, potenciando el trabajo en equipo y las agendas de trabajo común y con los profesionales de medicina de familia. Los pacientes que acuden al centro de salud sin cita, si no hay citas médicas disponibles, se están atendiendo y pueden ser atendidos en las consulta de acogida de enfermería, que tienen unos protocolos desarrollados a tal fin, que apoyan en esta atención, de forma que pueden resolver, en ocasiones sin necesidad de que recurran al médico de familia, la necesidad del usuario. Igualmente, diferencian las emergencias, de las urgencias, de otras atenciones que serían demorables y se puedan atender o por teléfono o en otro momento o por otros profesionales.

Pero la población también debe conocer cómo funciona esta consulta de acogida, que no sienta que un enfermero está sustituyendo la atención de su médico, porque no es la realidad.

Es igualmente importante que se implanten las consultas de atención y seguimiento a enfermos con patologías crónicas, que ya se venían haciendo antes de pandemia y, por desgracia, quedaron desplazadas por las circunstancias que estamos pasando. Por ejemplo: diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. La actitud de la enfermería, proactiva, haciendo sus controles y en coordinación con el médico de familia, aumentaría mucho la calidad de la seguridad de la atención. El trabajo en equipo es fundamental.

La atención por el médico de familia ahora mismo tiene formato de consulta telefónica, de consulta presencial y de consulta domiciliaria, y es fundamental que se respeten unos tiempos mínimos, según el tiempo del tipo de atención que se presta. Consideramos ocho minutos para la consulta telefónica, diez minutos para la consulta presencial y treinta minutos para consultas programadas o consultas en domicilio, que además tienen que incluir el desplazamiento a los mismos.

Las consultas deben ser personalizadas y deben tender a una atención continuada por parte del mismo médico y del mismo enfermero, a lo largo de la vida de los pacientes, evitando la dispensarización de la actividad clínica. Hay estudios que, incluso, han demostrado que se reduce la hospitalización y la mortalidad en cupos que llevan siendo atendidos por el mismo profesional más de quince años; con lo cual, tiene una relevancia que es medible incluso en números, no solo en calidad percibida. Y es fundamental que los equipos tengan tiempos protegidos comunes, que estén libres de tareas clínicas, porque es imprescindible que haya reuniones de equipo para organización, para formación, para coordinación, para labores como la docencia y la investigación en los centros donde se ejerce, y que ese tiempo sea protegido y reconocido para que se pueda desarrollar dentro del horario laboral.

De igual forma, deben potenciarse consultas programadas y consultas donde se desarrollan nuevas tecnologías, como la cirugía menor, la ecografía y la dermatoscopia. Fomentar la atención familiar dentro del seno de la consulta con el uso de genogramas, que es algo que se hace en consulta programada, puesto que requiere un tiempo para hacer un abordaje psicosocial de los problemas de las personas, y poder hacer intervenciones familiares, sobre todo en poblaciones más necesitadas de recursos sociales.

Este modelo de atención, centrada en el paciente y en su familia, detecta sus expectativas, detecta sus necesidades y sus preferencias, incluyendo la perspectiva de género. De tal forma, es preciso incrementar la autonomía de los equipos de los centros de salud, otorgándoles capacidad para planificar agendas y tiempo de atención, según las necesidades de la población atendida, con suficientes recursos materiales y humanos para ofertar una atención de calidad. Cada centro tiene su población, tiene su idiosincrasia, y si bien el marco general de la atención sanitaria debe ser similar para todos, la fórmula ha de ser flexible en cada centro. Los cambios en las agendas serán propuestos desde cada centro de salud y enviados al distrito para su valoración y aprobación, teniendo en cuenta, como hablamos, la carga de morbilidad de la población atendida, edad, existencia de riesgo de exclusión social, el medio rural, así como puntos de difícil cobertura y la infraestructura existente en cada centro sanitario.

Las agendas de citas se podrían contemplar desde una forma de citación inteligente, que facilitara espacios adecuados de tiempo y colaboración entre los profesionales. Por ejemplo, si se va a realizar una prueba, que a la vez se cite para la interpretación de esa prueba que se ha realizado. Si se va a citar a un paciente para hacerle un electrocardiograma, si es posible y sobre la marcha, se puede valorar. Y, si no, a la vez que se le cita para hacerle la prueba, se le cita para leerle el resultado; igual con una analítica o con una radiografía.

Sería fundamental que las pruebas estuviesen accesibles en todos los niveles, que desde atención primaria también pudiésemos optar a valorar las pruebas que se hacen en el medio hospitalario. En el medio hospitalario, por poner un ejemplo, se digitalizan los electrocardiogramas, pero no en atención primaria, de forma que yo no puedo comparar un electro de hoy con un electro que se ha hecho en el hospital hace seis meses, y valorar si hay una diferencia que diera lugar a necesidad de una atención más allá, o si es una patología crónica y conocida, que no necesite de más intervenciones.

En esa línea, la asimetría de la atención primaria con respecto a los hospitales es muy evidente —por lo menos, desde el punto de vista de la atención primaria—. La mayor parte del presupuesto se destina a la atención hospitalaria, y asentimos que la exigencia de una atención inmediata, del incremento de la actividad asistencial, de la contención del gasto es para atención primaria. La relación con el hospital es fundamentalmente unidireccional. Actualmente, la mayoría de las herramientas y las vías de la comunicación están supeditadas a la decisión de los servicios hospitalarios que, en la práctica totalidad, tienen la última palabra.

Este grave problema se traduce en situaciones que consideramos que no son aceptables y que perjudican gravemente el trabajo coordinado, como el control exclusivo de las agendas de consultas

externas por parte del hospital, puesto que un paciente que, donde lo conocemos en atención primaria, no podemos decidir si esa persona necesitaría una cita más prioritaria que otra, que a lo mejor para hacerse una revisión rutinaria sin ninguna gravedad.

En cuanto a la telemedicina, incluso partimos de la situación que una solicitud de valoración desde atención primaria está supeditada a la aceptación desde el medio hospitalario de esa consulta, sin considerarse que el servicio hospitalario está atendiendo interconsultas de otros servicios hospitalarios, y deberían poder recibir interconsultas desde la atención primaria en igualdad de condiciones; es decir, llegar a tener una relación horizontal con el hospital, no vertical y de supeditación a sus decisiones. Puesto que los centros de salud no son solo una puerta de entrada al sistema sanitario, sus responsables somos los primeros responsables, y más directos, de la atención de los pacientes, y rechazamos las propuestas de comunicación que choquen contra esa realidad y nos pongan en una situación de —entrecomillamos— «sumisión» a las decisiones hospitalarias.

Necesitamos tener objetivos comunes entre el hospital y atención primaria, para que trabajemos de forma coordinada y con las mismas motivaciones. Y las relaciones entre médico de familia y los diferentes servicios hospitalarios...; deben definirse responsables en cada servicio, pues hay hospitales donde el único referente de comunicación entre atención primaria es el médico internista; si necesito hablar con un urólogo se lo tengo que pedir al médico internista, si necesito hablar con el traumatólogo, se lo tengo que pedir al médico internista.

Lo razonable sería que el médico de familia pudiese tener comunicación directa con el internista, con el urólogo, con el traumatólogo, con el ginecólogo, con el epidemiólogo... Y se deberían construir vías de interconsulta efectiva entre los diferentes servicios hospitalarios orientados también a la atención primaria. Es que no cierran agenda y dependemos de que den la cita. La vía de comunicación la aceptan o no la aceptan, y nos dejan sin respuesta para nuestros pacientes, sino que sea bidireccional —como hablamos—, en un plano horizontal de igualdad de trato.

Las teleconsultas deben instaurarse por igual en todas las zonas y contar con la participación de los médicos de familia, no solo de los médicos del hospital, para que también en su implementación se tengan en cuenta nuestras necesidades y nuestra opinión.

En cuanto a la atención a las residencias sociosanitarias, valoramos implantar una agenda de atención a estos pacientes con patologías crónicas, de forma coordinada con enfermería, para un seguimiento proactivo de estos pacientes. Es preciso favorecer una nueva orientación hacia la atención domiciliaria y mayor participación en la atención a las residencias sociosanitarias cerradas y otras agrupaciones de personas especialmente vulnerables.

Los residentes de centros sociosanitarios cerrados han sido las personas que más han sufrido las consecuencias de la pandemia de COVID-19, por lo que proponemos un cambio en el modelo de la atención sanitaria hacia estos centros, de forma que reciban una atención más parecida a la que reciben las personas que viven en sus domicilios, ¿vale?, que tengan su médico y su enfermero de refe-

rente y que sean incluidos en planes de valoración integral, en aplicación de protocolos y de programas específicos en igualdad de condiciones, tengan una atención integral a su salud, independiente de que vivan en una residencia o vivan en su domicilio.

En este aspecto, es importante que se tenga en cuenta, a la hora de la valoración de los tamaños de los cupos, el equipo de médicos y enfermeros que atiende a estos centros que tienen altas necesidades, que los acuerdos de gestión del centro de salud consideren los que incluyen la atención a este tipo de centros puesto que tienen unas necesidades muy distintas en cuanto a intensidad y a gasto farmacéutico y de todo tipo.

Un ejemplo sencillo. Si en el acuerdo de gestión clínica, en cuanto a gasto farmacéutico, a los médicos de un centro de salud se les marca un objetivo de gasto de absorbentes, que se pone teniendo en cuenta la edad de los pacientes, el estado de salud, la morbimortalidad, si incluye tus pacientes una residencia, donde muchos de ellos, la gran mayoría, están incapacitados, tienen mucha patología crónica y muchos de ellos encamados, ese cupo va a ser muy difícil que alcance esos objetivos en igualdad con el de un médico que no tiene que atender a este colectivo concentrado. Ese tipo de cosas hay que tenerlas en cuenta porque hablábamos de que los acuerdos de gestión clínica deberían de individualizarse teniendo en cuenta estos datos para que los objetivos sean lógicos y asequibles, sean realistas.

Finalmente, nos parece importante la participación de la ciudadanía. La población merece tener una información fiable y realista de cómo se trabaja en los centros de salud. No se han explicado suficientemente a los pacientes los nuevos circuitos de atención de las consultas de acogida, igual que antes tampoco se explicó suficientemente sobre la necesidad de una primera valoración telefónica que permitiera al médico de familia elegir el recurso adecuado —telemático, presencial o a domicilio— para cada necesidad, según criterios clínicos.

Ofrecer información veraz y confiable a la población es algo básico para que la atención sanitaria pueda desarrollarse con todo su potencial. Se precisa la difusión de esta información en medios de comunicación, en lenguaje sencillo y directo, en diferentes formatos que permitan al ciudadano conocer cómo funciona el sistema sanitario público andaluz, la bondad de estos cambios para ello y el papel fundamental que tienen el médico de familia y el enfermero de familia en el primer nivel de la atención sanitaria.

De igual forma, las Administraciones públicas deben defender a los profesionales de la salud exponiendo públicamente los datos y la calidad del trabajo realizado. Esto parece anecdótico, pero en el autobús las personas hablan de la ocupación de camas de UCI y de la estancia media hospitalaria, pero no se pone en relevancia también el trabajo que se hace en los centros de salud, lo que se ha hecho en cuanto a rastreo, detección de casos, gestión de bajas, atención en el domicilio a pacientes después de la hospitalización, la atención al síndrome de COVID prolongado, síndrome post-COVID.

Los médicos de atención primaria necesitamos que la población sepa que también estamos haciendo todas esas cosas. Y la carga de trabajo que eso supone para nosotros, y puedan comprender que los centros de salud no solo no están cerrados, sino que están hirviendo de actividad.

La población no solo tiene derecho a ser informada, sino que también podría participar en las decisiones que le competen a su salud, que se puede hacer el diagnóstico comunitario mediante una figura que se ha propuesto en alguna ocasión, que son los consejos de salud, en los que los ciudadanos, mediante asociaciones o mediante sus representantes, participan a nivel local, expresando cuáles son las necesidades de la zona, de forma que se puedan atender desde el centro de salud.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Discúlpeme, señora Terceño.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Sí

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Es que, como estamos esperando a otro grupo, le tengo que decir que vaya finalizando, por favor.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Me queda despedirme, simplemente rogando que se evite de forma activa todo tipo de violencia contra el personal sanitario, porque el daño de uno hace daño a muchos. Y desde las Administraciones públicas, desde el poder judicial, es importante que pongamos todos los medios a la disposición para evitar estas cosas.

Y me despido dándoles las gracias por su atención y, a la vez, poniéndome en nombre de mi sociedad en disposición para colaborar en todo lo que consideren que podamos ayudarles.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias por esas aportaciones.

¿Algún grupo quisiera hacer algún comentario o pregunta?

Pues no tenga duda que estos grupos seguro que tienen en cuenta esas valiosas aportaciones que usted ha hecho. Muchísimas gracias.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Muchas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Al mismo correo de convocatoria puede enviar usted la documentación que considere oportuna.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Directamente...

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Sí.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—A ese correo desde el que se envió.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Sí.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Perfectamente.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Ellos se lo hacen pasar al resto de los grupos.

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—Esta misma tarde se lo hago llegar. Y muchísimas gracias por todo.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, y disculpe el corte, pero es...

La señora TERCEÑO RAPOSO, PRESIDENTA DE SAMFyC

—No, no, al contrario, más que comprensible. Hay que ser eficiente, todos queremos eso.

Muchas gracias.

[Receso.]

Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (ICPFA)

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenas tardes, damos la bienvenida al Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía y a su presidente, don Juan Manuel Nieblas Silva.

Sabe usted, puede quitársela, ha de darle al botón de hablar para que le escuchemos y tiene un tiempo entre 15 y 20 minutos para su exposición. Si quiere hacernos llegar alguna documentación lo puede hacer, o bien entregarla aquí a los grupos, o bien hacerla llegar al correo desde el cual se le ha convocado.

[Intervención no registrada.]

Estupendo, pues cuando usted quiera.

El señor NIEBLAS SILVA, PRESIDENTE DEL ICPFA

—Pues muy buenas tardes, muchísimas gracias por la oportunidad de estar en esta casa, que es la casa de todos los andaluces, lo cual ya de antemano, gracias.

Y bueno, pues represento a casi nueve mil fisioterapeutas andaluces. Y pues, antes de venir, he estado en estos días previos hablando con asociaciones de pacientes, que ya sabéis que es nuestro último fin de existir de todos los sanitarios. Y pues he hablado con esclerosis múltiple, he hablado con afectados de ELA, he hablado con discapacidad en la pediatría, en niños, en atención temprana, en fin, con pacientes crónicos. Y bueno, pues tenían una gran ilusión por que yo estuviera aquí representado, porque precisamente todo este grupo de pacientes siempre recurren a los mismos profesionales. La sanidad andaluza es de una altísima calidad, altísima calidad. Y cuando viajas por ahí, pues te das cuenta de la valoración que tienen nuestros compañeros y la valoración que tiene nuestro Servicio Andaluz de Salud. Y eso es síntoma de muchísimo orgullo.

Pero siempre estos pacientes crónicos que tienen muchísimos problemas para hacer una vida, digamos, con cierta normalidad, siempre buscan los mismos profesionales, psicólogos, podólogos y, sobre todo, y si me permiten la falta de modestia, fisioterapeutas, que es de lo que adolece el sistema, es de lo que adolece, porque médicos ya tienen, hay grandísimos reumatólogos, neumólogos y cardiólogos, y a la gente se le opera y se le pone un riñón, se le pone un corazón, y en fin, funcionamos bastante bien. Pero qué pena que con lo poquito que costaría dar ese paso para que la fisioterapia estuviera integrada y fuera de verdad universal —que seguro que es el deseo de todos ustedes, no tengo ninguna duda— pues no se consigue, no se consigue. Y los pobres buscan recursos desesperadamente,

porque además todo el mundo se lo dice: «Mira, tu padre va a tener unas secuelas neurológicas graves, y mira, te voy a meter urgente para que lo antes posible lo vea el médico rehabilitador, para lo antes posible. Te prometo que voy a hacer lo que pueda, pero a lo mejor tardamos tres meses, tres meses». «¿Y qué hago yo con mi padre, que no se sostiene?». Pues lleva razón, mira, hay asociaciones y está la sanidad privada, ese es el gran recurso que ya te digo, que los sanitarios públicos, con buen corazón, le dicen que busquen, ¿no?

Tenemos miles de compañeros en la bolsa de empleo del SAS, miles de fisioterapeutas formados y preparados. No tenemos ni un solo enfermero, ni una sola enfermera, no existe ni un solo médico en la bolsa del SAS. Ni aun así están contratando a fisioterapeutas, sabiendo la desproporción tan brutal que tenemos, ni siquiera en estas circunstancias. Sí es verdad, y hay que reconocerlo, que bueno, ha habido, con esto de esta pandemia de COVID, sí que se ha contratado a más compañeros. Ahí está la labor que hemos hecho en las UCI, que ha sido muy mediática, porque realmente pues, en momentos de desesperación máxima, allá donde había un fisioterapeuta, se han liberado muchísimas camas de UCI para que otros pacientes pudieran ocuparlas en momentos dramáticos. Les hemos dado ese aire que les faltaba a muchísimos pacientes con COVID, ¿no?

Pero ahora volvemos otra vez a la calma y, otra vez, pues esos contratos van a ir desapareciendo y volveremos otra vez a ese número que, fíjese usted qué número tan frío, somos 800 fisioterapeutas en la sanidad pública andaluza para casi nueve millones de personas. Es la ratio más bajo de toda Andalucía y, por supuesto, estamos a años luz de los compañeros europeos.

Y con esta realidad vengo aquí, lleno de ilusión y de esperanza. Y, bueno, sí que es verdad que con los pies puestos en el suelo, sabiendo que ya hemos tenido oportunidad de tener dos gobiernos distintos, hemos tenido oportunidad de sentarnos con dos consejeros, una consejera y un consejero, con varios gerentes. Y, globalmente, la situación no ha mejorado para este tipo de pacientes. Nuestros pacientes siguen diciendo «a mí no me llaman, a mí no me llaman, y tengo que buscar alternativas». Y vamos a ver si por lo menos podemos hacer cositas con lo que tenemos, es decir, yo les pido por favor que, con unos poquitos cambios a nivel estructural, si ustedes tuvieran a bien comunicarles a los responsables políticos unos pequeños cambios a nivel estructural, mejoraríamos la vida de cientos de miles de pacientes, con una cosa muy sencilla, que es derivación directa, y les pongo un ejemplo.

Actualmente, si por ejemplo usted tiene, Dios no lo quiera, no sé, un problema digamos medio, no vayamos a poner un caso dramático, una prótesis de cadera, por una artrosis, una artritis que no hay manera. Y el cirujano, el traumatólogo decide: «Mira, te ponemos una prótesis de rodilla, las operaciones son fantásticas. Y es verdad, en muy pocos días vas a estar andando y tal». Bien, ese paciente se opera, y esa operación tiene un coste medio, medio elevado, pero se hace a todos los andaluces y andaluzas sin problema. Y es más, se hace en un tiempo razonable. Y si hay un pequeño colapso en el sistema público, tenemos los argumentos para buscar una cama y un cirujano que lo hagan en un tiempo prudencial, porque esa rodilla hay que operarla. Cuando le dan el alta, para esas 10 sesiones de fisioterapia

que le harían falta a mucha gente para esa movilidad, para enseñar otra vez a andar con esa prótesis, dos o tres meses. Cuando van a la revisión del traumatólogo: «¿pero qué le pasa a usted?». «Mire usted, vengo coja porque me duele y no puedo doblar...». «Pero bueno, ¿usted ha hecho los ejercicios?». «Mire usted, yo tengo 70 años, y los ejercicios...». «Pero ¿usted ha ido al fisio?». «No. Estoy esperando a que me llamen». Eso es una realidad que existe hoy en día, porque las derivaciones son muy complejas. En otras comunidades autónomas, Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla y León, País Vasco, Cataluña, desde primaria, el médico directamente, para una serie de patologías que se han llegado a un acuerdo con todos los componentes, que te vea el fisio primero. Primero, que te vea el fisio. Y el fisioterapeuta es el que ya discrimina y dice: «esto no es para mí. Haría falta una prueba de imagen. Haría falta mejor que lo vea el traumatólogo». O sí, «sí, esto es para mí. Esta patología me la quedo yo, este paciente».

Así evitamos no cronificar a pacientes agudos que vienen con una pequeña molestia y terminan siendo personas con una limitada o severa discapacidad. Con lo cual, no estamos exprimiendo los recursos que tenemos actualmente. Y esto se puede hacer de una manera muy sencilla: simplemente, sentarnos todos en una mesa..., que ya lo hemos hecho varias veces con varios grupos de trabajo, ha habido consenso, pero no se llega a establecer esa derivación directa con los ochocientos fisioterapeutas que existen ahora mismo, —le digo— sin contratar a ninguno más, que, por supuesto, haría falta.

Lo de contratar a más fisioterapeutas, pues mire usted, es voluntad política. Porque claro, si afrontáramos los números de nuestros compañeros médicos, de nuestros compañeros enfermeros, bueno, yo entiendo que hablar de diez, quince mil incorporaciones inmediatas para solventar a la gente que se va a dar de baja..., de baja no, que se va a jubilar; pero hombre, contratar, por ejemplo, una cifra de unos quinientos o seiscientos fisioterapeutas, eso se puede hacer. Gracias a Dios, la comunidad autónoma andaluza tiene recursos para hacerlo.

Y eso —ya le digo— transformaría la vida de muchísima gente. Pero falta esa voluntad política para algunos proyectos que..., no sé, que a veces salen, y salen porque un señor o una señora o un grupo ha dicho: Pues esto lo voy a hacer yo. Y le pongo un ejemplo que puede ser absurdo, pero seguramente, la mezquita no hacía mucha falta, pero ahí está. Alguien dijo: «Pues yo lo voy a hacer», y ahí está. Y el AVE vino a Sevilla cuando lo más coherente, según nuestra queridísima España, es que fuera a Cataluña. Y aquí está el AVE, y se ha enriquecido Sevilla y Córdoba y Málaga, y fue voluntad política.

Y alguna vez tenemos la ilusión de que alguien, algún gobierno, tenga esa voluntad política, y decir: Oye, ¿y por qué no puedo tener yo el ratio de fisioterapeutas que tiene Madrid y que tiene Cataluña, que tiene el País Vasco...?, ¿por qué no lo puedo tener yo, si realmente hay riqueza en esta comunidad autónoma?

Y nuestros pacientes siguen esperando que llegue eso. Mientras tanto, siguen con sus rifas y siguen con sus loterías de Navidad y siguen, pues eso, intentando contratarnos de manera privada, para que ese paciente que le ha dicho el médico que necesita fisioterapia día a día —como la esclerosis múltiple, como todo lo neurológico— tenga su fisioterapeuta con un precio razonable a través de su asociación. Esa es la realidad.

Nos gustaría que en los cargos de intermedio, los cargos de gestión, hubiera algún fisioterapeuta. Afortunadamente, nuestros hermanos mayores, que son los enfermeros, sí que han conseguido ya ese desarrollo de la profesión. Y bueno, no solo tienen cargos intermedios, tienen una viceconsejera, han llegado a tener una consejera, han tenido delegados de Salud; es decir, es una profesión que, bueno, le han permitido abrir las alas. Nosotros no tenemos cargos intermedios todavía; o sea, no hay..., todavía hay otros profesionales que nos dicen cómo hacer nuestro trabajo, cómo realizarlo, cómo ordenarlo, cómo llevarlo a cabo. Nos encantaría también que se pudiera valorar, en un futuro no muy lejano, que el coordinador y el responsable de fisioterapia fuera un fisioterapeuta experto, que ya le digo que hay muchos y muy buenos en el Servicio Andaluz de Salud.

La cartera de servicios que tenemos ahora mismo en el SAS —también a coste cero, no hacen falta contrataciones— tiene muchos años. Tampoco costaría mucho trabajo actualizar. La evidencia científica dice que deberíamos de dejar hacer ciertas cosas que hacemos con nuestros pacientes y hacer otras nuevas. Esto, que se hace así en la sanidad privada —no les digo nada en el deporte de élite—, en el SAS nos está costando, a pesar de que hay una orden ministerial de 2006, que ya con un real decreto nos dice que, bueno, que se pueda actualizar una serie de competencias directo, como pueden ser la prevención en primaria, que todavía está sin desarrollar para nosotros, y un sinfín de cosas.

También les he dejado, en la documentación que les apporto, un plan muy sencillito de derivación directa, para que cualquier compañero lo pudiera tener, cualquier médico, en su eso..., y es simplemente ir leyendo y: «Vale, a fisioterapia»; que eso se puede también consensuar con todos los compañeros y es relativamente fácil de llevar a cabo.

Planes integrales andaluces; hay muchísimos planes integrales, muchísimos. Pues no estamos presentes en ninguno, en ninguno como colectivo. También creo que es fácil de..., ya le digo, de esas ochocientas personas, hombre para estos dieciséis o diecisiete planes integrales, yo creo que sí sería bastante fácil poner a un fisioterapeuta para que, desde su perspectiva, pudiera hablar pues de eso, de la fisioterapia y de algo que es muy barato realizar, que es el ejercicio terapéutico, que ya saben que es una de las claves que la Organización Mundial Salud ya ha dicho, junto con la nutrición y los hábitos saludables, el ejercicio, ¿no? Pues el sanitario que más sabe de ejercicios terapéuticos es el fisioterapeuta.

La atención temprana, pues ¿qué les voy a contar también? Tenemos ahí muchísimos problemas, porque no estamos presentes muchas veces en los centros de decisión: donde se decide si un niño va a pasar o no a tener esa prestación no hay un fisioterapeuta. Y, muchas veces, lo que hacen los médicos o los psicólogos es llamar a los fisios, porque a nivel motórico, ellos muchas veces no están tan entrenados para ver si un niño, sí o no, puede entrar a atención temprana. Pues mire usted qué fácil: si hay ocho provincias, con ocho compañeros que hubiera, uno en cada provincia, solucionado. Ocho fisioterapeutas, uno por cada provincia; fíjese que, realmente, el coste-beneficio es grande, ¿no? Siempre hablamos de números muy bajitos, en comparación con otros tipos de compañeros profesionales, como pueden ser médicos y enfermeros, que siempre son cifras muy altas.

En la fisioterapia escolar, bueno, pues hay una figura, —ya te digo—, también muy presente, que aquí en España existe en pocas, también, comunidades autónomas... Y aquí, en Andalucía, llevamos muchos años intentando comprender que un fisioterapeuta en un centro escolar no hace falta que esté todo el día allí, en el colegio; puede rotar. Pero sí que, cuando viene un niño con unas capacidades diferentes y con unas altas discapacidades, el propio profesor no sabe cómo tratar al niño, no sabe cómo sentarlo. Hay niños que no tienen capacidad para mantener simplemente su cabecita, y el profesor, cuando llega ese niño, le dice a la madre: «Mire usted, perdóneme; yo no sé coger a su hijo y ponerlo en el pupitre, o no sé cómo acomodarlo». «O mire, es que su hijo está ahí, mirando siempre para abajo». O como... El fisioterapeuta puede enseñar a colocar a ese niño en posición estable y recursos para que el niño haga algo fundamental para aprender, que es mantener la vista fija en la pizarra o en el que habla. Son niños que, después, van muy mal en los estudios, muchas veces porque, simplemente, se aburren porque no son capaces de mirar e interactuar con sus compañeros.

Pues con un fisioterapeuta móvil, que tuviese simplemente ese teléfono preparado para que cualquier profesor pudiera llamarlo: «Oye, hay un alta nueva de un niño que tiene diversidades funcionales severas. Necesito por favor que me indique cómo lo ponemos en el recreo, cómo lo colocamos, cómo hacemos actividades físicas con él». Y el fisioterapeuta, simplemente va, le indica y ya queda a la espera de que, por teléfono, el profesor, las dudas se las pueda resolver, ¿no?

También verán que son cosas que..., relativamente fáciles de hacer cuando la voluntad política lo permite. Porque gasto siempre hay. Mi modesto colegio, que tenemos un presupuesto anual que no llega ni a los dos millones de euros, siempre nos falta dinero; o sea, créanme que entiendo perfectamente lo que es tener un presupuesto. Pero claro, lo que sí es muy importante para nosotros, sí que lo hacemos, sí que lo hacemos. Simplemente, porque en las prioridades lo marcamos como: Esto hay que hacerlo, con el dinero que hay que hacer. Y esa voluntad es la que, a veces, pues estamos a la espera, ¿no?

Y, por último —y ya para finalizar, que estarán ustedes me imagino que agotados con toda la mañana de escuchar a gente pidiendo cosas—, el intrusismo; el intrusismo sanitario. Es decir, ¿cómo protegemos a nuestros familiares, a nuestros amigos, a nuestros conciudadanos, para que, sobre todo —fijar la que se está liando ahora mismo con los negacionistas—, para que ninguna persona que no sea sanitario se atreva a tratar a un sanitario, con todo lo que conlleva? Pues con leyes más duras y más rotundas. Ya hemos visto varios ejemplos, —que no hace falta ponerlos, porque son bastante dolorosos, solamente con recordarlos—, pero si bien a lo mejor no funciona con ciertos especímenes sociópatas, en general sí que se prevé una reducción de... Entonces, si al intruso que se atreve sin titulación a tratar a un parapléjico, se le metiera —digamos— un susto económico o penal, pues a lo mejor se lo pensaba, porque rápidamente las noticias malas se corren. Como la ley es tan sumamente tenue —se queda muchas veces en un apercebimiento, una pequeña multa de unos pocos miles de euros—, hombre, pues al intruso que se ha ahorrado cuatro años de carrera, que se ha ahorrado tener que hacer la certificación con la consejería, que tiene todos los papeles en regla, lo que hace es abrir un

chiringuito y poner una camilla, dice: «*Joé*, esto, cada tres o cuatro años, pago yo dos, tres, o cuatro mil euros, le cambio la razón social y fuera». Entonces, yo creo que también ahí, desde el Poder Legislativo sí que se podrían hacer cosas un poquito más eficaces.

Y bueno, esperamos estar también presentes en los equipos básicos de atención primaria, que aunque..., los compañeros que trabajan en primaria, no pertenecemos como equipo básico, con lo cual, cuando se abre un centro nuevo, muchas veces: «Ay, los fisioterapeutas; no hemos hecho gimnasio». Parece mentira, pero estas cosas a veces ocurren y el gimnasio tiene que estar externo.

Entonces, yo creo que tenemos que estar ya dentro del equipo, igual que tenemos que estar dentro del equipo de UCI. Ya hemos demostrado..., hace poco fue aquí, precisamente, en Sevilla, el congreso de los médicos intensivistas, los médicos de UCI, y todos decían que la figura del fisioterapeuta había sido clave en el manejo de la pandemia. Pues entonces, con voluntad política, se asigna enfermera, médico y fisio para las 52 UCI que hay en Andalucía, simplemente, así de fácil sería, voluntad política.

Y nada más, señores y señoras, deciros solamente una última cosa, que me van a permitir que les haga una pequeña muestra de lo que nos pagan a los fisioterapeutas privados las compañías privadas de seguros. No nombro a ninguna porque entonces me denuncian y entonces sí que me meten en la cárcel con mi título.

Esto es lo que nos pagan la mayoría de compañías privadas de seguros a los fisioterapeutas por paciente y día, esto, díganme ustedes qué profesional altamente cualificado universitario y qué tipo de trabajo haría por cinco euros al día. Pues con este modelo de negocio tenemos que partimos la cabeza los fisioterapeutas, me consta que les pasa igual a los compañeros médicos, me consta, pero con esto tenemos que manejar para pagar a nuestros empleados, evidentemente lo primero, el alquiler, la luz, los impuestos y todo, con esto. Y es muy difícil luchar contra eso. Ya le digo, yo no puedo ni nombrar una compañía. Si yo, al decir esto, con este billetito, nombrara una compañía de las ocho que hay tendría una denuncia mañana encima de la mesa. Entonces, comprendo que para ustedes no es fácil, pero sí les pido amparo y que nos ayuden un poquito a armonizar porque no es de recibo.

Y muchísimas gracias, que tengan ustedes un feliz martes y me alegro de ver algunas caras conocidas. Y a todos ustedes, muchísimas gracias.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias, por su intervención, esperamos la documentación y seguro que sus aportaciones serán tenidas en cuenta por estos grupos.

Gracias.

[Receso.]

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Buenas tardes, demos la bienvenida a la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, a doña Felisa Gálvez, presidenta, a doña María José Molina, vicepresidenta, y a doña Alejandra Adalid, vicepresidenta. Parece que va a intervenir la presidenta, doña Felisa.

Tiene usted —como sabe— entre 15 y 20 minutos para su intervención. Puede quitarse, si lo considera, la mascarilla para intervenir y ha de darle al botón de hablar para que la escuchemos bien.

Gracias, cuando quiera.

La señora GÁLVEZ RAMÍREZ, PRESIDENTA DE ASANEC.

—Bueno, si se me oye con la mascarilla, prefiero hablar con ella.

Bueno, Señora doña María del Mar Sánchez Muñoz, presidenta de la Comisión del Grupo de Trabajo para la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma de Andalucía, gracias por invitar a la Asanec a exponer nuestra posición y nuestra visión enfermera en este Grupo de Trabajo sobre la mejora de la asistencia sanitaria en Andalucía. Y hago extensivo este agradecimiento a todos los demás miembros de los grupos parlamentarios aquí presentes, como del Partido Popular Andaluz, Ciudadanos, Partido Socialista, Unidas Podemos y Vox.

La Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, Asanec de aquí en adelante, es una sociedad científica fundada en Antequera en 1997 que promueve el avance del conocimiento científico, apostando por unos cuidados de calidad para dar respuesta a las demandas de salud mediante un compromiso social y cercano a la ciudadanía, porque consideramos al ciudadano andaluz, enfermo o sano, como el verdadero impulsor de nuestra labor.

La Asanec, con más de mil enfermeras y enfermeros asociados, es el referente de las enfermeras de atención primaria en Andalucía. Desde su creación, la Asanec ha desarrollado acciones para mejorar la calidad de los cuidados, favorecer los autocuidados y empoderar a la población y usuarios del sistema sanitario para mejorar su salud, incluyendo tanto a pacientes como cuidadoras y familiares, así como a asociaciones y representantes de los usuarios del sistema sanitario público.

Asimismo, entre nuestros objetivos está el avanzar en las competencias profesionales de las enfermeras, mejorando así su eficacia, efectividad y eficiencia. Desde la Asanec, bueno, nos reunimos para trabajar también en colaboración con representantes y agentes sociales de profesionales, como colegios profesionales, otras sociedades científicas y organizaciones sindicales. La Asanec hemos partici-

pado en multitud de publicaciones científicas, actividades formativas, congresos científicos, convenios de colaboración con instituciones públicas, como el Servicio Andaluz de Salud, sociedades científicas, colegios profesionales, entidades sin ánimo de lucro, como son las confederaciones de padres de alumnos de Andalucía, fundaciones de cuidados paliativos, como es Cudeca, asociaciones de pacientes y familiares, etcétera.

Por ello, la Asanec, como profesionales de enfermería de atención primaria, nos sentimos, en temas de salud, ante la sociedad andaluza como un nexo de unión entre los profesionales de la salud, los pacientes, la ciudadanía en general y las instituciones representativas de la sanidad pública andaluza. Y siempre abogaremos por el entendimiento y, especialmente, por la defensa de las poblaciones más vulnerables.

En la pandemia y la enfermedad relacionada con la enfermedad familiar y comunitaria, las enfermeras de atención primaria, durante los momentos más duros de la pandemia, las enfermeras hemos sido, en esta guerra, la primera línea de fuego, sin ningún tipo de duda, auténticas cuidadoras de la población, especialmente de la población más vulnerable. En atención domiciliaria, con los mayores frágiles, los inmovilizados, los dependientes crónicos complejos, en las altas hospitalarias con necesidades de cuidados domiciliarios, etcétera. La atención también a los mayores institucionalizados en las residencias, muy significativas, en este caso, la labor de la enfermera gestora de casos —antes llamadas también «enfermeras comunitarias de enlace»—.

Las enfermeras de atención primaria siempre hemos estado en esta primera línea porque en todo momento siempre hemos mantenido la accesibilidad y nuestra asistencia sanitaria presencial. Porque entendemos que la asistencia sanitaria de calidad tiene como base la presencialidad, aunque podamos apoyarnos en herramientas telemáticas como son los contactos telefónicos.

Nunca entenderemos que se haya mantenido durante tanto tiempo el sistema inverso, en el que la primera asistencia sea telemática o telefónica apoyada por consultas presenciales.

A raíz de la actual pandemia se han visibilizado en el sistema sanitario una serie de situaciones en que se hace necesario facilitar su reorientación. La sociedad en general, durante esta pandemia, ha hecho más visible que nunca a las enfermeras. La situación actual en la que nos encontramos, la profesión enfermera, está presente en la mente de todos los usuarios del sistema. Su contribución ha sido vital para combatir el virus, hemos estado y estamos siempre al frente, trabajando 24 horas para proteger y mantener la salud, el bienestar de los pacientes y de la sociedad en general.

Las enfermeras hemos dado un paso adelante, y nos hemos colocado en primera línea para combatir la propagación de la COVID-19. Somos líderes en dar respuesta, demostrando profesionalidad y entrega absoluta, aportando conocimientos, experiencia y competencias, desde prestar atención y cuidados directos a pacientes hospitalizados, por ejemplo, en la UCI, hasta las intervenciones a gran escala en el campo de la atención primaria.

Hemos prestado, seguimos y seguiremos prestando atención directa en los domicilios a pacientes dependientes, ancianos frágiles y cuidadoras, en las residencias de mayores institucionalizados, en los

centros de salud, con el seguimiento de los pacientes crónicos, los rastreos de casos y contactos, pruebas PCR y de antígenos de la COVID-19, campañas masivas sobre vacunaciones —tanto anti-COVID, como de gripe—, los referentes escolares, etcétera.

Durante los momentos más duros de la pandemia las enfermeras hemos sido protagonistas en las noticias, en las redes sociales y en los medios de comunicación, destacando el papel esencial durante esta crisis sanitaria. Asimismo, el papel de las enfermeras gestoras de casos, de atención primaria, durante la pandemia, ha sido excepcional y primordial.

Desde Asanec queremos mostrar nuestra preocupación por el futuro de las enfermeras gestoras de casos, después de más de 19 años de experiencia y pioneras en España en este modelo de atención.

Para el sistema sanitario y su gran labor, que muchas veces soterrada, necesitamos el apoyo para mantener e impulsar mejoras en las enfermeras gestoras de casos. Es necesario normalizar, con normativas específicas e impulsar la labor de las enfermeras gestoras de casos, reorientándolas hacia aquellos modelos que están dando muy buenos resultados en Andalucía, sustentados en las vías clínicas que garantizan criterios y resultados en salud, en la calidad de los planes de atención orientados fundamentalmente hacia la cronicidad.

Por ejemplo, su labor a nivel de la atención en residencias de mayores ha sido excepcional. Y gracias a profesionales como las enfermeras gestoras de casos, las cifras de morbimortalidad han sido de las mejores de la pandemia en el contexto del Estado español.

Las vacunaciones..., pues, las enfermeras de atención primaria y también llamadas familiares y comunitarias, estamos llevando a cabo una labor encomiable y esencial para el sistema sanitario.

Las enfermeras hemos conseguido llegar a cifras de cobertura vacunal de más del 80% —en personas inoculadas con la segunda dosis—. Son de las mejores coberturas a nivel mundial.

Nos preocupa enormemente el déficit en el seguimiento de pacientes frágiles que se ha producido durante la pandemia, en pluripatológicos, en personas dependientes, en personas en situación de riesgo social o de dificultad de afrontamiento familiar, en pacientes crónicos y en el desarrollo de la mayoría de programas de salud, como el programa de salud infantil y del adolescente, control de embarazo, parto y puerperio.

En Andalucía tenemos una población muy vulnerable ante los problemas de salud del día a día. Nos estamos refiriendo a la infancia, a la adolescencia, a nuestros mayores —muchos de ellos ancianos frágiles y personas dependientes—, a las cuidadoras —una de las grandes olvidadas del sistema sanitario—, y a los pacientes crónicos —especialmente los complejos, la gran mayoría de ellos, mayores y muy mayores.

Como sabemos, la esperanza de vida en España es la más elevada de la Unión Europea, aunque muchos de los años vividos a partir de los 65 conllevan algunas enfermedades crónicas y discapacidades, lo que añade una presión al sistema sanitario y al sistema de cuidados a largo plazo. Los españoles tienen la esperanza de vida más elevada de los países de la Unión Europea, por ejemplo, en 2017,

la esperanza de vida en España alcanzó los 83,4 años, el nivel más elevado de los países de la Unión Europea. La esperanza de vida ha aumentado en más de cuatro años, desde el año 2000, con mayor rapidez que la media europea.

Los españoles son los más longevos de la Unión Europea, pero muchos refieren enfermedades crónicas y discapacidad —como decía antes— en la vejez. Las personas mayores constituyen un porcentaje cada vez mayor de la población española. Casi uno de cada cinco españoles tenía 65 años o más, en 2018, un incremento con respecto a las cifras de uno de cada nueve en 1980. Y se prevé que esta proporción aumente a más de uno de cada tres en 2050. Casi el 60% de las personas de 65 años o más aseguraban padecer una o varias enfermedades crónicas en 2017. Aunque esto puede no impedirles llevar una vida normal y realizar sus actividades habituales si se gestiona adecuadamente. Más de uno de cada cinco afirmaba padecer al menos una limitación en las actividades cotidianas, como el comer o el vestirse, lo que podría requerir algún tipo de servicio de asistencia a largo plazo. Asimismo, casi el 40% afirmaba tener algunos síntomas de depresión, un porcentaje mayor que en otros países de la Unión Europea.

Hay que hablar de progresivo envejecimiento de la población con el consiguiente aumento de la población de ancianos frágiles y de personas dependientes. En los últimos cincuenta o sesenta años se ha triplicado el número de personas mayores. La feminización —un 57% de las personas mayores de 65 años son mujeres—; el envejecimiento del envejecimiento —más de un 29% de las personas mayores tienen 80 años o más.

En Andalucía, 318.500 personas mayores de 65 años viven en soledad y representan el colectivo mayoritario de hogares unipersonales, cada vez más frecuentes en las sociedades occidentales. Entre el año 1991 y 2019, el número de hogares habitados por una sola persona ha llegado a triplicarse en España, pasando de 1,6 a 4,8 millones. En Andalucía, este incremento ha sido incluso superior, pasando de 232.317 a 767.000.

Como hemos dicho anteriormente, el número de enfermedades crónicas aumenta con la edad, y el número de personas ingresadas en hospitales que presentan al menos una enfermedad crónica en Andalucía aumenta con la edad. La mayor incidencia de ingresos por enfermedad crónica se produce en caso de cáncer, enfermedad cardíaca, problemas osteoarticulares y enfermedades respiratorias crónicas. La enfermedad crónica, el envejecimiento y la discapacidad que va ligada a la dependencia están muy relacionadas: el 10% de la población andaluza presenta alguna discapacidad. De ellas, casi una de cada cinco son mujeres de más de 80 años. A partir de los 55 años, el 60% de las personas con dependencia en Andalucía son mujeres; un 70% de estas mujeres tienen 80 o más años.

Uno de los problemas..., o de los grandes problemas —por no decir el que más— que tiene el sistema sanitario es la cronicidad y, especialmente, los crónicos complejos, que consumen muchos recursos sanitarios debido al control deficiente de sus patologías. Y esto conlleva a muchas consultas sanitarias e ingresos hospitalarios potencialmente evitables, con un elevado gasto sanitario. En este sentido, las

enfermeras tenemos mucho que aportar, ya que somos expertas en educación sanitaria. Con un seguimiento y control adecuado de estas patologías por parte de las enfermeras, conseguiríamos mejores niveles de calidad de vida y control del nivel de salud.

El 80% de la provisión de cuidados se realiza en el ámbito familiar, siendo incluso, en numerosas ocasiones, la única fuente de cuidados. Dentro del ámbito familiar, el 85% de las personas que cuidan en Andalucía son mujeres. Los últimos estudios llegan a la conclusión de que las consecuencias negativas del cuidado familiar son la aparición de numerosos problemas de salud crónicos, altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, abandono de la propia salud, frecuente renuncia al trabajo remunerado y aislamiento social; resultados que estuvieron modulados principalmente por la intensidad del cuidado, el nivel socioeconómico y el parentesco con la persona dependiente y, básicamente, el género de la persona que cuida.

La necesidad de apoyo para el cuidado que soportan las familias en Andalucía es mayor en las poblaciones del entorno rural —más pequeñas y con menos recursos sociales—. Las cuidadoras, como he dicho antes, son una de las grandes olvidadas del sistema sanitario y, sin su existencia de soporte que ofrece el Sistema Nacional de Salud y, por extensión, el sistema sanitario andaluz, no podría sostenerse ni social ni financieramente. Hay que protegerlas y yo diría que incluso mimarlas al máximo; se lo merecen.

En nuestra comunidad, en el marco de los planes integrales de salud y de procesos asistenciales integrados, se incorpora la necesidad de desarrollar competencias enfermeras y perfiles específicos para la prestación de cuidados de alta calidad, proporcionando un ambiente seguro y que facilite la prevención y promoción de la salud, la recuperación del paciente y, por ende, la mejora de su calidad de vida. En el caso de los cuidados enfermeros, según se deriva de las tendencias internacionales, la atención sanitaria ágil, eficiente y centrada en la mejora de los resultados clínicos y en salud pasa por reorientar la rígida estructura organizativa de la población, a través de una redefinición de las competencias profesionales de las enfermeras dentro de los sistemas sanitarios.

En resumen, dentro de esta situación de nuestra población andaluza, hay que reorientar de una vez el sistema sanitario y pasar desde la medicalización, que consume tantos recursos y produce bastante efectos adversos e ingratitudes, hacia un cambio del paradigma sanitario, incidiendo más en la promoción y prevención de la salud y mejora del autocontrol, promoviendo el empoderamiento por parte de los ciudadanos y potenciando la salud pública. Y eso lo podemos asumir y ofrecer plenamente los profesionales de enfermería.

La promoción de la salud son procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su salud, para mejorarla. Incluye acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas y a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de la salud. La prevención de la salud son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a dete-

ner su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida la enfermedad. Hay que potenciar la salud pública de las poblaciones y la óptima gestión sanitaria de los servicios de salud.

En estos momentos, en los que vivimos un grave problema de salud pública a nivel global, las actuaciones en materia de salud pública y de gestión sanitaria son vitales. En Andalucía tenemos, por ejemplo, la Escuela Andaluza de Salud Pública, la cual es una institución de reconocido prestigio, tanto en el ámbito nacional como internacional —y, muy especialmente, este reconocimiento internacional le viene de la mano de la OMS—, la cual lleva..., la escuela lleva desde 1985 trabajando en formación a más de veinte mil profesionales, directivos, pacientes y ciudadanía al año; dando asesoramiento, cooperación internacional, investigación y creación de espacios de colaboración, y también de redes que posibilitan la gestión del conocimiento, la salud pública y el buen gobierno de los sistemas de salud.

La propuesta de ASANEC es que la Escuela Andaluza de Salud Pública debe seguir siendo autónoma, para ayudar a promover la salud de la ciudadanía y promover la práctica de la salud pública. Hay que potenciar desde los centros sanitarios la promoción en salud y la prevención, integrando la colaboración con otros sectores, con los recursos comunitarios y las asociaciones de ayuda mutua, además de hacer converger distintas iniciativas, ya puestas en marcha, en relación con los cuidados: la Escuela de Pacientes, por ejemplo, *Estrategias al lado*, la Escuela de padres, Aulas de autonomía y seguridad, etcétera.

Las enfermeras tenemos un papel fundamental en la promoción y prevención de la salud. El mayor valor añadido que siempre hemos tenido las enfermeras ha sido la atención y la cercanía hacia los usuarios del sistema sanitario, hacia los que prestamos los cuidados, especialmente en las clases más vulnerables: los mayores, los dependientes, las cuidadoras, pacientes crónicos, etcétera. Las enfermeras, en general, damos siempre respuesta a las demandas y necesidades de la población —en este caso, de la población andaluza—; siempre estamos ahí. Y por esto hay que apostar de manera plena por nosotras.

Es el profesional de enfermería el que realiza su desempeño en el ámbito escolar —la enfermera escolar—, prestando atención y cuidado de salud a la comunidad educativa, al alumnado y al profesorado. Debe ser un profesional adscrito al centro de salud de referencia, pero con competencias directas en el centro educativo. Es fundamental para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, y para detectar o tratar problemas de salud crónicos en el ámbito escolar. La enfermera escolar se convierte en un agente necesario en salud escolar, que en vista de los resultados de las acciones a desarrollar no solo cuida al alumnado, sino a toda la comunidad educativa, en colaboración con otros profesionales de los centros escolares. Es por ello que su presencia física debería, de algún modo, estar reglada en todos los centros educativos. Se intervendría en calidad de vida infantil y del adolescente a través de programas de educación para la salud y la detección precoz de problemas.

Además, se trabajaría con la familia y con el profesorado. De este modo, se podría disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes en nuestro medio y mejorar el estado de salud de toda la comunidad educativa, lo que llevaría a una escuela más inclusiva.

La pandemia ha puesto de manifiesto la importante función que cumple la escuela en el desarrollo y aprendizaje de hábitos y conductas saludables. En la vuelta al cole, los niños han reaprendido a cómo cuidarse, protegerse y proteger a los demás. Todos estos nuevos procesos han reclamado y necesitado una enfermera escolar.

La figura de la enfermera escolar, como profesional que acompaña en los diferentes desafíos de salud a toda la comunidad educativa —niños, padres, docentes, educadores y cuidadores—, va configurándose como uno de los espacios laborales de mayor desarrollo e implantación. La enfermera es uno de los profesionales de la salud que genera más confianza en la población en general, y especialmente en la población escolar. Durante los primeros años de vida es la etapa donde se comienzan a adquirir los hábitos de salud más importantes y que acompañarán a la salud de la persona durante toda su vida. Por eso es muy importante que se implante la figura de la enfermera en salud escolar.

Con la implementación de este profesional se puede observar una mejora en la salud de la población, siendo su objetivo fundamental elevar el nivel de salud y calidad de vida a través de comportamientos y estilos de vida saludables. El ambiente escolar es el sitio ideal para desarrollar ese trabajo, para educar y promocionar los hábitos saludables en los más jóvenes de nuestra sociedad. La capacidad que tienen los escolares para aprender y asimilar los nuevos hábitos es más adecuada que en la edad adulta. El adoptar un estilo de vida más saludable evita y retrasa el que aparezcan enfermedades o alguna discapacidad que nos aparece a lo largo de la vida de las personas. Y la más valiosa herramienta de que disponemos para fomentar y promocionar los hábitos saludables en los niños y en los adolescentes es trabajar juntos: el personal sanitario, los alumnos, la familia y el personal docente.

En resumen, es necesario implementar la figura de la enfermera de salud escolar en cada colegio e instituto, la cual debe ser un referente en materia de prevención, de prevención sanitaria, y en educación, para mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa.

Existe un consenso implícito —tanto en profesionales, gestores y políticos— de que la atención primaria no va bien, está en un punto crítico. Desde la ciudadanía hay una falta de visibilidad y participación por parte de los ciudadanos. Desde la prioridad política, en el Sistema Nacional de Salud y por ende en el sistema sanitario público de Andalucía, en su conjunto, la atención primaria ha ido perdiendo progresivamente relevancia entre las prioridades sanitarias y, por tanto, se ha ido descapitalizando.

Existe en atención primaria una grave insuficiencia de recursos tanto materiales como humanos. En cuanto a los profesionales, pues existen dos colectivos cada vez más diferenciados: los profesionales con situación laboral estable, que están desmotivados y resignados muchos de ellos a que su situación se mantendrá sin cambios hasta el momento de su jubilación; y, por otro lado, el grupo de profesionales más jóvenes en situación de eventualidad, para los cuales no parece existir un proyecto de futuro interesante.

En el caso de las enfermeras, están muchas de ellas desmotivadas, siendo este uno de los motivos de su partida a otros territorios dentro del Estado español, pero también fuera de nuestras fronteras.

No podemos olvidar la alta cualificación de las enfermeras españolas, reconocida en muchos países de Europa, como puede ser Reino Unido, Alemania, Italia o Portugal.

Desde Asanec, como sociedad científica que representa a las enfermeras de atención primaria, opinamos que necesitamos más participación de los profesionales de enfermería en los órganos de gestión al más alto nivel, con autonomía y liderazgo en la toma de decisiones, mayor autonomía profesional, necesidad de trabajar con las personas en términos de corresponsabilidad e implicación en sus cuidados —lo que es el empoderamiento—, y un incremento sustancial de la financiación en atención primaria.

Existe desde hace muchos años un predominio del modelo de hospitalcentrismo y fascinación tecnológica. Es necesario trabajar en torno al crecimiento de competencia profesional. La enfermería necesita aumentar las competencias profesionales, de tal forma que facilite ser más resolutiva y finalista. Hay que promover mecanismos de motivación entre los profesionales. Actualmente, tenemos unos profesionales que están motivados y comprometidos con la razón de nuestra existencia profesional, como es dar la mejor calidad posible con la mayor eficiencia y efectividad que el sistema sanitario nos permita.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Disculpe, señora Gálvez. Cuando pueda, tiene que ir finalizando ya.
Muchísimas gracias.

La señora GÁLVEZ RAMÍREZ, PRESIDENTA DE ASANEC

—Vale. Voy a intentar resumir un poco más, porque además veo que ustedes estarán un poco cansados de toda la mañana trabajando.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—De todas formas, lo que no sea posible explicar, ya le digo, nos puede hacer llegar la documentación y la repartimos entre los distintos grupos, al mismo correo desde el que se le ha convocado a usted.

La señora GÁLVEZ RAMÍREZ, PRESIDENTA DE ASANEC

—Sí.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Puede mandar la documentación y se les reparte a los distintos grupos si algo queda en el aire.

La señora GÁLVEZ RAMÍREZ, PRESIDENTA DE ASANEC

—Perfecto. Eso lo llevaba al final para ofrecerlo así. Porque antes podíamos manejar los papeles de uno a otro, traíamos la carpeta, pero ahora... Bueno, pues voy a ir resumiendo en ese caso.

Bueno, desde Asanec creemos que sería una irresponsabilidad del sistema sanitario público que la atención sanitaria y de cuidados a la ciudadanía que se atiende en nuestros centros no sea garantista ni que se salvaguarden las competencias profesionales. Para preservar a esta ciudadanía una asistencia de calidad, efectiva y eficiente, es necesario que desde la Consejería de Salud y Familias y el Servicio Andaluz de Salud apuesten de una vez por todas por las enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Esto es sinónimo de calidad y eficacia. Se deberían de ofertar más plazas para las convocatorias EIR. Es muy triste que Andalucía era pionera entre las comunidades autónomas del Estado español en los inicios de la reforma sanitaria de atención primaria en la década de los noventa, y ahora estamos a la cola de España siendo la relación de plazas EIR ofertadas de esta especialidad pues desde el inicio de 2011 hasta 2021 de 242 plazas. Estamos, como dicen muchos en diversos temas, que Andalucía también está en el furgón de cola de las 17 comunidades autónomas. Nos superan 13 de estas comunidades autónomas.

Pedimos que se definan de una vez los puestos en atención primaria para estas enfermeras especialistas en salud familiar y comunitaria. Y también que las próximas OPE se diferenciaren, se separaran o discrimen las plazas de atención primaria de las de atención hospitalaria, en base a la experiencia profesional y también a la formación. Y, bueno, esto para garantizar las competencias en aquellos profesionales que accedan a los puestos de atención primaria, y se darían unos cuidados con mayor calidad.

Pues queremos solicitar a esta comisión, a los representantes de la Cámara, el apoyo para que desde Andalucía se potencie la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, por lo que decía antes, que es sinónimo de la mejora de la calidad, eficacia y efectividad de los cuidados enfermeros.

Y, bueno hablar... Como hay que resumir, pues lo de la descapitalización de la atención primaria en Andalucía y los graves problemas que está padeciendo actualmente la atención primaria que, desde hace muchos años un predominio del modelo hospitalocentrismo y de fascinación tecnológica pues que, en términos presupuestarios, hace invisible en gran medida la atención primaria.

Y para ir finalizando, y así os envié después, os enviamos la documentación a todos ustedes, para que puedan tenerla y leerla despacito, ya que yo traigo mucho que decir, pero tanto que no me da tiempo. Por otro lado, la dotación de las plantillas en nuestros centros de atención primaria es a todas luces

insuficiente, siendo especialmente muy acusada la falta en el muy insuficiente número de enfermeras. Y se hace necesario de forma urgente mejorar la ratio de enfermeras por habitante. Esto es primordial.

La Asanec solicita el apoyo de todos los grupos parlamentarios para garantizar una sanidad pública gratuita, universal y accesible, para mejorar los recursos y condiciones de la sanidad pública andaluza y, especialmente, en el tema de la enfermería del sistema sanitario público andaluz. Todos los aquí presentes son testigos de la extraordinaria atención que hemos prestado y prestamos las enfermeras a la población andaluza, no solo durante esta pandemia, la cual nos ha hecho visibles ante la población andaluza y española, sino en general, a lo largo de toda nuestra trayectoria y dedicación profesional. Y todo esto, a pesar de las penurias que sufrimos las enfermeras, por ejemplo, tenemos los últimos recortes, la no renovación de enfermeras contratadas durante la pandemia y, bueno, podría seguir un listado.

Necesitamos que se mejore la ratio de enfermeras. Y por tanto se necesita que se creen 3.200 plazas de enfermeras de atención primaria, de tal forma que sobre estas 1.200 sean para la atención a la población infantil. Los niños, señores y señoras, no tienen una enfermera referente en nuestros centros de salud.

Y, bueno, apoyar también por la vía de los grupos políticos el desarrollo de la proposición de ley sobre ratio de enfermeras, es lo que he dicho antes.

El apoyo a la investigación —y ya con esto casi finalizo del todo—, por parte de Asanec, pedimos un apoyo a que se siga apostando por la investigación con convocatorias específicas para atención primaria. Este apoyo era antes de la pandemia, y la labor investigadora en enfermería, bueno, pues se ha paralizado un poco y pedimos que se siga apoyando, teniendo una especial sensibilidad al uso de técnicas en el modelado de intervenciones que permitan avanzar en la innovación y efectividad. La investigación es una apuesta de futuro, de mejora de la salud y de los cuidados para todos los andaluces y andaluzas.

Y, a modo de resumen, bueno, pues hasta la fecha los políticos y gobernantes, como en general parte de la clase política, han tenido una visión muy sesgada e irreal sobre los recursos necesarios para el sistema sanitario público de garantías, por la escasez de recursos materiales y humanos. Desde Asanec siempre hemos defendido la necesidad de aumentar los presupuestos asignados al sistema sanitario público, siendo muy necesario invertir más en infraestructuras sanitarias y recursos materiales y humanos.

En este aspecto es fundamental la inversión en aumentar de manera permanente el número de enfermeras en el sistema sanitario público, especialmente muy deficitario en el contexto de la atención primaria. Tal como indica la Organización Mundial de la Salud o la propia Unión Europea y, más aún, tal como ha quedado en evidencia durante la pandemia La gran desnudez por la insuficiencia de enfermeras en el sistema sanitario público.

Por otro lado, Asanec reivindica una mayor estabilidad profesional, mejora de las condiciones de empleo y una disminución de la contratación temporal para las enfermeras andaluzas. Reclamamos

mayor influencia de las enfermeras y matronas en la política de salud regional, como parte de los esfuerzos más amplios, para garantizar que las fuerzas de trabajo de salud estén más involucradas en la toma de decisiones. Y esto lo dice la OMS.

Las enfermeras de atención primaria y de salud familiar y comunitaria no podemos olvidar a todos los andaluces y andaluzas que necesitan atención de salud, población tanto enferma como sana. No podemos obviar que volver a trabajar de manera conjunta, médicos y enfermeras, sería muy positivo para la calidad de la atención, pero actualmente existe una gran desigualdad importante en el número de médicos y enfermeras en los centros de salud de Andalucía, como decía anteriormente, por lo de los niños. Que la participación de los pacientes, implicación y empoderamiento y autogestión en su salud y enfermedad son considerados clave para la atención sanitaria.

Que los profesionales —como decía antes— debemos trabajar en equipo, en igualdad de condiciones y respetando las competencias profesionales de todos los que integran el equipo, ya seamos médicos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, odontólogos, administrativos, etcétera. Debemos trabajar en base a resultados en salud de atención primaria sustentados en las mejores evidencias y basados en las necesidades de la población. Y hay que mejorar la atención a colectivos de las personas más vulnerables. Por último, hay que trabajar con orientación a la dimensión social de las personas y sobre la mejora de la calidad de vida.

Y nada más, muchas gracias por su invitación y por la atención prestada. Y siento haberme extendido más de lo que se suponía que tenía que hacerlo.

La señora SÁNCHEZ MUÑOZ, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

—Muchísimas gracias por su intervención. ¿Hay algún comentario o pregunta que quiera hacer alguno de los grupos?

Nada. Esperamos que nos llegue la documentación al correo. Y seguro que los grupos incluirán muchas de las propuestas de su colectivo en este dictamen.

Muchísimas gracias por todo.

La señora GÁLVEZ RAMÍREZ, PRESIDENTA DE ASANEC

—Esperemos que así sea.

Muchísimas gracias a ustedes.

[Se levanta la sesión.]